

BAB II

TINJAUAN PUSTAKAAN

A. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pada tahap pertama yakni pengkajian yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara benar serta lengkap. Asuhan keperawatan yang pertama dimulai dengan pengkajian. Berikut ini format untuk melakukan pengkajian menurut Wijaya & Putri (2013) :

a. Format pengkajian

1) Identitas

Mengkaji identitas pasien *post op* apendiktomi yakni : nama, usia, laki-laki atau perempuan, suku / bangsa, nomor rekam medis (RM), sudah menikah / belum, agama, status pelajar / sekolah terakhir, pekerjaan, tempat tinggal, tanggal pengkajian serta keluarga pasien yang bisa dihubungi.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama yang setelah dilakukan *post op* apendiktomi. Pada pasien *post op* apendiktomi kebanyakan memiliki keluhan berupa nyeri di daerah operasi yang biasanya berupa nyeri akut tetapi ada juga yang mengalami nyeri kronis.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang yakni perjalanan mulai terdiagnosa penyakit apendiksitis hingga dilakukan operasi apendiktomi. Biasanya *post op* apendiktomi pasien mengeluh nyeri baik berupa nyeri akut maupun nyeri kronis, maka lakukan

pangkajian nyeri dengan cara PQRST yakni P (penyebab yang menimbulkan rasa nyeri tersebut, Q (kualitas nyeri yang dirasakan seperti apa), R (apakah nyeri bersifat menjalar atau menetap pada satu titik), S (mengukur keparahan nyeri tersebut menggunakan metode skala untuk mengukur intensitas nyeri) dan T (kapan nyeri itu muncul), umumnya pasien *post op* apendiktomi mengalami nyeri pada abdomen kanan bagian bawah.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah memiliki riwayat penyakit apendiksitis dimasa lampau atau tidak atau memiliki penyakit lainnya yang berhubungan dengan penyakit sekarang. Jika pasien menyebutkan iya maka kaji kembali jenis penyakit apendiks atau lainnya, lama mengalami penyakit tersebut serta apakah sampai dibawa ke rumah sakit (RS) atau tidak, serta menanyakan apakah pasien memiliki alergi.

4) Riwayat penyakit keluarga

Apakah pasien terdapat riwayat penyakit keluarga yang sama berupa apendiksitis atau tidak.

5) Pola fungsi kesehatan (Gordon)

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Bagaimana persepsi pasien terhadap penyakitnya, biasanya pasien mengalami kecemasan terhadap penyakitnya serta tindakan pembedahan mengenai penyakitnya, tanyakan apakah pasien mengkonsumsi alkohol atau tembakau serta tanyakan mengenai alergi terhadap makanan, minuman, obat, udara atau lainnya.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Bagaiman diet / suplemen khusus yang dikonsumsi pasien *post op* apendiktomi, biasanya makanan yang dikonsumsi pasien *post op* apendiktomi yakni bubur, serta bagaimana nafsu makan pasien (norma, meningkat atau bahkan menurun) setelah dan sebelum dilakukan *post op* apendiktomi, biasanya pasien mengalami mual

muntah saat dimasuki makanan atau minuman sehingga nafsu makan pasien menjadi menurun.

c) Pola eliminasi

Bagaimana pola buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) setelah dan sebelum dilakukan *post op* apendiktomi. Biasanya pasien *post op* apendiktomi terjadi kontipasi karena terjadi *fecalit*. Pada BAK dan BAB yang perlu dikaji yakni konsistensi, frekuensi, warna serta bau BAK dan BABnya serta biasanya pasien *post op* apendiktomi pada minggu pertama menggunakan alat bantu BAK dan BAB berupa pispot dan kateter urin.

d) Kemampuan aktivitas dan latihan

Bagaimana aktivitas makan serta meminum, bermandi, cara memakai pakaian atau berias diri, bermobilisasi dari tempat tidur, serta apakah dalam berjalan dapat melakukan secara mandiri (0) atau bantuan dari alat bantu (1), bantuan dari orang lain (2), bantuan dari orang lain dan alat bantu (3) atau ketergantungan / ketidakmampuan (4). Mengkaji kekuatan otot, *range of motion* (ROM) serta keluhan saat melakukan aktivitas, biasanya pada pasien *post op* apendiktomi mengalami kesulitan mengerjakan kegiatan kesehariannya tanpa adanya bantuan sehingga memerlukan alat bantu atau dibantu orang lain.

e) Pola istirahat dan tidur

Bagaimana pola tidur dan istirahat pasien pada saat sebelum dilakukan operasi apendiktomi dan setelah dilakukan operasi apendiktomi, biasanya setelah dilakukan operasi pasien mengalami sulit tidur dan sulit melakukan aktivitas dikarenakan nyeri pada daerah operasi, yang perlu dikaji pada pola istirahat dan tidur pasien yakni lama tidur, waktu tidur di jam berapa saja, sebelum tidur kebiasaan apa yang sering dilakukan serta apakah ada kelainan dengan tidurnya yang berupa sulit tidur di malam

hari, sering bangun secara tiba-tiba dan mengalami keburukan pada mimpinya.

f) Pola kognitif dan persepsi

Bagaimana kondisi mental, bicara, kesinambungan dalam komunikasi, berkesinambungan saat memahami, derajat ansites (stress), pendengaran, penglihatan, vertigo setelah dilakukan operasi apendiktomi. Biasanya pada pasien *post op* apendiktomi mengalami stress dan vertigo dikarenakan kekhawatiran mengenai penyakitnya.

g) Persepsi diri dan konsep diri

Bagaimana perasaan pasien mengenai penyakit saat ini, yang perlu dikaji yakni apakah pasien mengerti tindakan perawatan yang dilakukan, bagaimana gambaran diri pasien, harga diri, ideal diri pasien, peran pasien serta identitas pasien, biasanya pasien merasa ada yang kurang atau tidak sempurna pada dirinya karena penyakitnya serta pasien terkadang kurang mengerti mengenai penyakitnya.

h) Pola peran dan hubungan

Bagaimana pekerjaan pasien setelah dan sebelum *post op* apendiktomi serta siapa saja sistem pendukung pasien, biasanya pasien *post op* apendiktomi mengalami perubahan atau perannya menjadi terganggu, terhambat atau digantikan oleh orang lain atau anggota keluarganya karena penyakitnya.

i) Pola seksual dan reproduksi

Bagaimana pola seksual dan reproduksi pasien setelah dilakukan *post op* apendiktomi, biasanya pasien tidak mengalami gangguan pada pola reproduksi dan seksual karena penyakitnya

j) Pola koping dan toleransi stress

Mengkaji bagaimana penerimaan penyakit yang sedang diderita serta tindakan apa yang dilakukan saat pasien ada masalah.

Biasanya pasien mengalami stress karena ingin cepat sembuh dari penyakitnya.

k) Keyakinan dan kepercayaan

Bagaimana keyakinan pasien terhadap agamanya serta bagaimana pasien melakukan ibadah pada saat sakit dan sebelum sakit.

b. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran umum

Pada kesadaran umum dilakukan pengkajian berupa bagaimana kesadaran pasien, serta kesadaran mental atau GCS (*eye, motoric, verbal*) kemudian jumlahnya ditotal serta kaji tanda-tanda vital (TTV) berupa tekanan darah (TD), nadi (N), respirasi (RR), suhu (S) serta saturasi oksigen dalam darah (SPO₂)

2) Sistem pernafasan

Pada anestesi biasanya mengakibatkan pernafasan menjadi abnormal. Perlu diperhatikan pernafasan dangkal, pelan atau batuk yang lemah serta kaji kepatenan jalan nafas, irama nafas, kedalaman ventilasi, simetri gerakan dinding dada, suara pernafasan apakah ada suara tambahan atau warna mukosa.

3) Sistem kardiovaskuler

Biasanya pada pasien mengalami takikardi, hipotensi, hipertensi. Pengisian kapiler biasanya normal, lakukan pengkajian pada kondisi konjungtiva, apakah ada sianosis serta lakukan auskultasi untuk mengetahui bagaimana jantung berbunyi.

4) Sistem pencernaan

Ditemukan nyeri di luka operasi di perut kanan bagian bawah saat dilakukan palpasi. Pasien *post op* apendiktomi umumnya pasien mengalami mual dan muntah, pada awal *post op* seringkali pasien mengalami sulit BAB dan bising usus kurang dari normal. Terlihat adanya luka operasi pada perut kanan bawah bekas sayatan operasi.

5) Sistem perkemihan

Pada anestesi epidural atau spinal umumnya mengurangi pasien dari rasa kandung kemihnya yang sudah *full*. Perawat perlu melakukan perabaan pada perut dibagian bawah untuk mengetahui distensi kandung kemih. Apabila pasien menggunakan kateter urin. Biasanya jumlah urin pasien *post op* apendiktomi menjadi berkurang dari umumnya tetapi kondisi tersebut dapat kembali seperti semula seiring dengan peningkatan intake oral.

6) Sistem tulang

Pasien *post op* apendiktomi biasanya otot menjadi melemah karena tirah baring pada saat *post op* serta mengalami kekakuan, akan tetapi kekuatan otot dapat kembali seperti normal jika sering melakukan toleransi aktivitas.

7) Sistem kulit

Terlihat berbekas luka operasi pada abdomen yang berlokasi tepatnya di kanan bawah serta pada luka atau sekitar luka terlihat kemerahan, jika dilakukan perawatan luka serta mobilisasi yang teratur dan diperhatikan maka turgor kulit akan kembali normal.

8) Sistem persyarafan

Pada persyarafan hal yang perlu diperhatikan yakni tingkat kesadaran pasien, saraf kranial serta reflek agar mengetahui apakah ada kekuatan otot atau tidak.

9) Sistem pendengaran

Pada pendengaran hal yang perlu diperhatikan yakni kesimetrisan bentuk kedua telinga, apakah terjadi peradangan serta gangguan pendengaran atau tidak.

10) Sistem endokrin

Pada endokrin perlu melakukan pemantauan kenaikan jumlah leukosit, jika leukosit melebihi dari batasan normal maka akan mengakibatkan perforasi, namun umumnya peningkatan leukosit lebih dari batasan normal jarang terjadi.

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang mampu menggunakan cara pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui jumlah leukosit, pemeriksaan radiologi, tampak irritable pada copy fluorossekum sera ileum terminasi, uji psoas, uji abturator serta pemeriksaan colok dubur.

d. Terapi pengobatannya

Pada terapi ini yakni pengobatana farmakologi apa saja yang dikonsumsi serta terapi non farmakologis apa saja yang diberikan kepada pasien *post op* apendiktomi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah menilai secara detail tentang jawaban klien pada permasalahan kesehatannya. Diagnosis keperawatan memiliki tujuan yakni mengkaji jawaban pasien secara individual, keluarga serta kelompok mengenai keadaan yang berhubungan mengenai kesehatannya. Diagnosa ada 3 jenis yakni diagnosis aktual, diagnosis resiko serta diagnosis promosi kesehatan (PPNI, 2016)

Komponen diagnosa keperawatan terdiri dari masalah atau problem serta indikator diagnostik, indikator diagnostik terdiri dari penyebab atau etiologi, tanda dan gejala, serta faktor resiko. Proses penegakan diagnosis keperawatan terdiri dari urutan analisa data, identifikasi masalah, serta perumusan diagnostik keperawatan (PPNI, 2016).

Salah satu masalah atau diagnosa keperawatan pada *post op* apendiktomi yakni nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (*post op* apendiktomi) ditandai dengan pasien terlihat meringis, pasien memiliki sikap yang protektif yakni selalu waspada dan selalu menghindari timbulnya nyeri, pasien terlihat gelisah, pasien nadinya yang meningkat serta pasien sering mengeluh ada gangguan tidur, dengan nomor diagnosa D.0077 (PPNI, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan terapi yang dilakukan perawat, rencana tindakan pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik menurut PPNI (2018), yakni dengan intervensi manajemen nyeri (I.08238). Manajemen nyeri yakni mengidentifikasi serta bagaimana pengolahan mengenai masalah yang pernah terjadi pada sensorik atau emosionalnya yang masih berhubungan dengan jaringan yang mengalami kerusakan yang intensitas nyeri yang bersifat tiba-tiba atau pelan serta berskala ringan sampe dengan berat serta stabil. Rencana tindakannya yakni dengan cara :

a. Observasi

- 1) Kaji tempat nyeri, bagaimana gambaran rasa nyerinya, lamanya nyeri serta berskala berapa nyeri tersebut
- 2) Kaji pasien merasakan nyeri dengan berskala berapa
- 3) Kaji bagaimana respon non verbal pasien terhadap ketidaknyamanan karena nyeri yang sedang dialami pasien
- 4) Kaji pengetahuan serta keyakinan mengenai nyeri yang sedang dirasakan pasien
- 5) Kaji apakah terdapat adanya keyakinan adat istiadat terhadap nyerinya
- 6) Kaji apakah nyeri tersebut mempengaruhi taraf hidup pasien
- 7) Pantau apakah ada pengaruh terdapat analgetik yang digunakan pada pasien
- 8) Pantau apakah terapi komplementer yang telah diberikan kepada pasien berhasil atau tidak

b. Terapeutik

- 1) Beri terapi non farmakologis kepada pasien agar intensitas nyeri yang dirasakan berkurang (relaksasi nafas dalam, teknik pengalihan, mendengarkan musik, aromaterapi, bermain, kompres hangat atau dingin,

- 2) Kondisikan keadaan disekitar pasien yang dapat membuat rasa nyeri bertambah (ruangan yang diatur suhunya, cahaya ruangan serta suara-suara dari luar ruangan atau dalam ruangan)
- 3) Berikan pasien untuk beristirahat dan tidur yang cukup
- 4) Pikirkan serta lakukan perbandingan jenis serta asal nyeri pada saat memilih cara mengurangi intensitas rasa nyeri

c. Edukasi

- 1) Beri penjelasan mengenai penyebab, periode serta faktor yang memicu nyeri keada pasien
- 2) Beri penjelasan cara mengurangi rasa nyeri kepada pasien
- 3) Anjurkan pasien untuk memantau intensitas nyeri tersebut secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik dengan benar dan tepat
- 5) Ajarkan teknik non farmakologis untuk menurangi rasa nyeri tersebut

d. Kolaborasi

- 1) kolaborasikan dengan pemberian analgetik, jika perlu

Dengan ekspektasi diharapkan menurun (L.08066) yakni dengan kriteria hasil sebagai berikut :

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5

Tabel 2.1 : Kriteria hasil nyeri akut
Sumber : (PPNI, 2019)

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5

Tabel 2.2 : Kriteria hasil nyeri akut
Sumber : (PPNI, 2019)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan menurut PPNI (2018), yakni tindakan yang sudah dirancang pada intervensi keperawatan. Implementasi tindakan nyeri akut yakni dengan cara :

a. Observasi

- 1) Mengkaji tempat nyeri, bagaimana gambaran rasa nyerinya, lamanya nyeri serta berskala berapa nyeri tersebut
- 2) Mengkaji pasien merasakan nyeri dengan berskala berapa
- 3) Mengkaji bagaimana respon non verbal pasien terhadap ketidaknyamanan karena nyeri yang sedang dialami pasien
- 4) Mengkaji pengetahuan serta keyakinan mengenai nyeri yang sedang dirasakan pasien
- 5) Mengkaji apakah terdapat adanya keyakinan adat istiadat terhadap nyerinya
- 6) Mengkaji apakah nyeri tersebut mempengaruhi taraf hidup pasien
- 7) Memantau apakah ada pengaruh terdapat analgetik yang digunakan pada pasien
- 8) Memantau apakah terapi komplementer yang telah diberikan kepada pasien berhasil atau tidak

b. Terapeutik

- 1) Memberikan terapi non farmakologis kepada pasien agar intensitas nyeri yang dirasakan berkurang (relaksasi nafas dalam, teknik pengalihan, mendengarkan musik, aromaterapi, bermain, kompres hangat atau dingin,
- 2) Mengkondisikan keadaan disekitar pasien yang dapat membuat rasa nyeri bertambah (ruangan yang diatur suhunya, cahaya ruangan serta suara-suara dari luar ruangan atau dalam ruangan)
- 3) Memberikan pasien untuk beristirahat dan tidur yang cukup
- 4) Memikirkan serta lakukan perbandingan jenis serta asal nyeri pada saat memilih cara mengurangi intensitas rasa nyeri

c. Edukasi

- 1) Memberi penjelasan mengenai penyebab, periode serta faktor yang memicu nyeri keada pasien
- 2) Memberi penjelasan cara mengurangi rasa nyeri kepada pasien
- 3) Menganjurkan pasien untuk memantai intensitas nyeri tersebut secara mandiri
- 4) Menganjurkan menggunakan analgetik dengan benar dan tepat
- 5) Menganjurkan teknik non farmakologis untuk menurangi rasa nyeri tersebut

e. Kolaborasi

- 1) Mengkolaborasikan dengan pemberian analgetik, jika perlu

5. Evaluasi Keperawatan

Tujuan dari evaluasi keperawatan yakni agar dapat mengetahui keberhasilan tindakan perawatan yang dicapai, untuk mempermudah melakukan evaluasi masalah tersebut apakah mampu teratasi, sebagian saja yang teratasi atau masalah tersebut tidak mampu untuk diatasi atau implementasi tidak berhasil maka gunakan menggunakan metode SOAP.

Berikut ini penjelasan SOAP menurut Adinda (2019) :

a. S yakni data subjektif

Pada data subjektif yakni data yang diperoleh dari pasiennya secara langsung sesudah selesai dilakukan tindakan implementasi keperawatan.

b. O yakni data objektif

Pada data objektif ini data yang diperoleh dari meneliti, menilai dan mengukur yang dikerjakan perawat sesudah selesai melakukan implementasi keperawatan.

c. A yakni analisis

Pada analisis ini melakukan pembedaan antara data subjektif dan objektif menggunakan kriteria hasil pada intervensi keperawatan yang

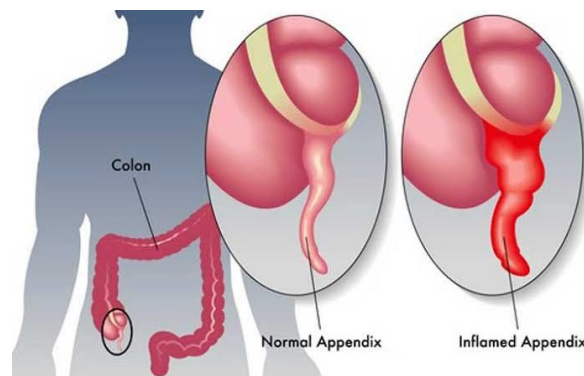
kemudian disimpulkan bahwa masalah tersebut teratasi, sebagian masalah teratasi atau masalah tersebut tidak teratasi.

d. P yakni planning

Pada planning yaitu berupa agenda tindakan yang akan dilanjutkan atau dihentikan dididasarkan pada hasil implementasi keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien.

B. Konsep Dasar Apendikitis

1. Pengertian Apendiksitis



Gambar 2.1 : Perbedaan apendik normal dan apendik tidak normal
Sumber : Wijaya & Putri (2013)

Apendiksitis yaitu penyakit pada di saluran pencernaan. Apendiksitis yakni kasus darurat bedah pada abdomen yang kerap ditemui. Apendiksitis merupakan peradangan yang ditemukan di apendiks vermiformis. Nama lain dari apendiksitis yaitu umbal cacing atau usus buntu. Apendiksitis juga banyak menimbulkan gejala berupa abdomen akut (acu abdomen). Apendiktomi merupakan pengangkatan apendiks dengan menggunakan penatalaksanaan bedah atau dioperasi (Wijaya & Putri, 2013).

2. Etiologi

Apendiksitis biasanya terjadi dikarenakan mukosa yang terulserasi, colon yang mengalami penyumbatan dikarenakan mengeras fases (*fecalit*), banyak jenis penyakit cacing, tumor serta dinding usus yang mengalami striker dikarenakan adanya fibrosis (Wijaya & Putri, 2013).

3. Patofisiologi



Gambar 2.2 : Anatomi fisiologi manusia
Sumber : Wijaya & Putri (2013)

Penyebab adanya apendiks yaitu karena adanya sumbatan pada lumen apendik yang dikarenakan hiperplasia folikel limfoid, mengerasnya fases, adanya benda-benda asing, struktur yang disebabkan fiksitas dikarenakan terdapat peradangan atau neoplasma sebelumnya. Penyumbatan itu dapat mengakibatkan terjadinya penyumbatan pada saat mukosa memproduksi mukus. Lama kelamaan mukus akan terus menambah, tetapi dinding apendiks memiliki batasan elastisitasnya jadi dapat memicu terjadinya peningkatan tekanan intralumen, jika tekanan meningkat aliran limfe akan terhambat dan dapat menyebabkan pembengkakan. Diaphoresis bakteri dan ulserasi yang menyebabkan adanya apendiksitis akut fokal, apendiksitis akut fokal tersebut dapat muncul gejala nyeri pada epigastrium (Wijaya & Putri, 2013).

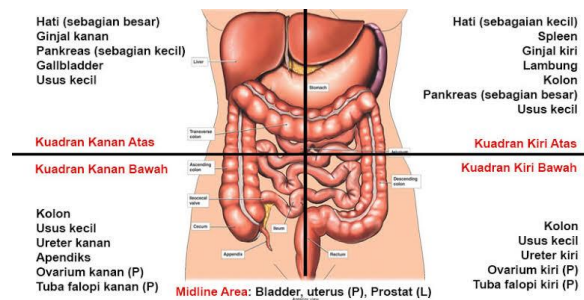
Pada proses ini sekresi zat mukus akan berjalan terus atau tidak berhenti dan tekanan meningkat terus-menerus, yang dapat mengakibatkan vena terobstruksi, pembengkakan akan terus meningkat, dinding apendik akan ditembus oleh bakteri. Peradangan akan semakin luas dan besar sehingga akan terkena sekitar peritoneum yang mampu memicu terjadinya nyeri pada perut kanan bagian bawah, kejadian itu dinamai dengan apendiksitis sukuratif akut. Aliran arteri akan menjadi terganggu sehingga dapat menimbulkan infark dinding apendiks disertai gangrene stadium yang dinamai dengan apendiksitis gangrenosa. Apabila terjadinya kerapuhan pada dinding dapat menimbulkan apendisitis perforasi (Wijaya & Putri, 2013).

Semua proses tersebut akan berjalan pelan, serta jika usus berdekatan dengan amentum maka akan menimbulkan pergerakan menuju ke apendiks sehingga menimbulkan suatu massa lokal dinamai dengan indiltrate apendukularis, peradangan apendiks itu bisa membentuk abses atau hilang (Wijaya & Putri, 2013).

Salah satu penatalaksanaan pada apendisitis yaitu dilakukan operasi bedah apendiktomi. Apendiktomi harus dilakukan sesegera mungkin agar tidak menimbulkan perforasi lebih parah. Apendiktomi yaitu pengobatan dengan cara pembedahan yang dilakukan khusus untuk penyakit apendiksitis atau menyingkirkan atau untuk mengangkat atau mengambil apendiks yang terinfeksi (Utomo, 2020).

Salah satu efek samping setelah dilakukan pembedahan berupa apendiktomi yaitu nyeri pada daerah operasi. Nyeri tersebut dapat bersifat akut maupun kronis (Black & Hawaks, 2014)

4. Tanda dan Gejala



Gambar 2.3 : Letak nyeri pada penderita apendiksitis
Sumber : Wijaya & Putri (2013)

Tanda dan gejala apendiksitis menurut Wijaya & Putri (2013) :

Gejala pertama yang muncul yakni di epigastrium mulai terasa adanya nyeri ditambah mual serta anoreksia.

- Berpindahnya rasa nyeri ke bagian kanan bawah perut (nyeri ini akan menetap serta akan bertambah nyeri jika dibawa berjalan dan batuk)
- Pada peritoneum rangsangan nyeri dirasakan tidak secara langsung
- Pada saat kuadran kiri bawah ditekan maka kuadran kanan bawah akan terasa nyeri
- Jika tekanan pada sebelah kiri dilepaskan maka terjadi nyeri pada bagian kanan bawah
- Jika peritoneum terjadi gerakan (pada saat batuk, bejalan, mengejan) maka akan menimbulkan nyeri pada bagian kanan bawah
- Menurunnya nafsu makan
- Terjadinya sedikit kenaikan suhu badan
- Terkadang dapat menimbulkan terjadinya konstipasi atau diare

Apendiksitis mempunyai tanda-tanda percampuran khas yaitu : mual, muntah, serta bertambahnya rasa nyeri pada bagian perut sebelah kanan bagian bawah. Nyeri bersifat tiba-tiba yang diawali rasa nyeri pada bagian kanan atau disekeliling pusar, kemudian nyeri tersebut menjalar ke kuadran kanan bagian bawah bersifat menetap serta nyeri akan bertambah jika dibawa berjalan maupun batuk, menurunnya nafsu makan serta angka

leukosit yang meningkat dari batasan normal, serta akan terjadi peningkatan suhu pada badannya (Pramesti, 2019).

5. Pemeriksaan Diagnosik

Pemeriksaan diagnostik untuk apendiksitis dapat menurut Wijaya & Putri (2013), dapat dilakukan dengan :

a. Laboratorium

Adanya leukosit 10.000-18.000/m², jika leukosit bergerak kearah kiri terkadang membuat jumlah leukosit bertambah menjadi lebih dari 18.000 m² serta ditambah akan muncul tanda atau gejala apendiksitis yang berlangsung lebih dari 4 jam yang dicurigai perforasi, jadi diperkirakan jika leukosit yang tinggi sama dengan peradangan yang hebat.

b. Radiologi

Tindakan radiologi banyak bermanfaat pada kejadian atipikal, 55% kejadian apendiksitis pada awal stadiumnya terlihat pada gambar dijumpai kepolosan pada foto di perut yang mengalami keabnormalan serta gambaran yang lebih jelas terdapat masa jaringan lunak pada abdomen bawah pasien serta memiliki kandungan gelembung-gelembung udara serta ditemukan adanya *fecalit* pada gambaran *radiologist*, barium enema mampu digunakan untuk kejadian venomenal metode tersebut mempunyai banyak manfaat yang dapat menunjukkan letak sakum pada kejadian “Bizar”. Tindakan radiologi *X-ray* serta *ultrasonografi* (USG) memperlihatkan densitasi di kuadran kanan bawah atau tingkat aliran udara setempat.

c. Pemeriksaan penunjang lainnya

1. Tampak irritable di bagian *copy fluorossekum* dan ileum terminasi
2. Colok dubur yang diperiksa, dapat mengakibatkan nyeri pada lokasi yang terinfeksi, mampu digapai menggunakan jari telunjuk.
3. Uji psoas serta uji abturator

6. Pentalaksanaan Apendiksitis

Penatalaksanaan apendisitis menurut Wijaya & Putri (2013) yakni :

a. Sebelum pembedahan

1. Pengamatan

Selama 480 menit sampai setengah hari ketika sudah munculnya gejala, tanda disertai gejala apendisitis lebih kerap terlihat tidak jelas, pada kondisi pengamatan tersebut harus dilakukan dengan sedetail mungkin. Meminta pasien agar melakukan posisi tirah baring serta meminta agar pasien berpuasa. Laksatif dilarang diberikan jika sudah mencurigai adanya apendisitis atau peritonitis lainnya pada pasien. Pemeriksaan abdomen, rectal dan darah (sel darah putih serta hitung jenis) dilakukan dengan berulang-ulang secara rutin, teratur dan berkala, foto perut serta toraks yang lurus ke atas dilaksanakan yakni guna menelusuri yang dicurigai terdapat penyakit lainnya atau tidak, pada banyak kejadian diagnosis ditemukan pada lokasi nyeri bagian kuadran kanan pada setengah hari setelah munculnya gejala-gejala.

2. Antibiotik

Jika apendisitis tidak ada komplikasi umumnya tidak wajib memberikan antibiotik, terkecuali pada apendisitis ganggrenosa / apendisitis perforasi. Ditundanya proses pembedahan didampingi diberi antibiotik mampu menjadi abses atau perforasi.

b. Pembedahan

1. Apendektomi

2. Apendiks dihilangkan, apabila apendiks terjadi kebebasan perforasi, mampu menyebabkan perut dibersihkan atau dicuci menggunakan garam fisiologis serta antibiotika.

3. Abses apendiks diberi obat antibiotika IV, kemungkinan pada massa akan berkurang atau abses kemungkinan perlu drainase dengan waktu beberapa hari. Apendektomi dilaksanakan apabila abses dilaksanakan operasi efektif setelah 6 minggu – 12 minggu.

4. Setelah pembedahan

Maka kita melakukan pengamatan berupa pengecekan tanda-tanda vital (TTV) bertujuan agar dapat mengerti apakah ada kejadian perdarahan pada bagian dalam, syok, suhu tubuh dibawah normal, ataupun nafas mengalami gangguan, lepas NGT apabila keasadaran klien sudah baik, jadi aspirasi pada cairan lambung mampu dikurangi, posisikan klien dengan *semi flower*. Apabila klien pada waktu setengah hari tidak muncul adanya gejala, pada waktu klien tersebut dipuaskan, apabila saat dilaksanakan prosedur operasi yang lebih besar dari sebelumnya, contohnya pada perforasi maupun peritonitis umum, puasa dilanjutkan hingga kembalinya tugas-tugas usus, maka pasien dapat dikatakan baik. 24 jam setelah dilakukan tindakan pembedahan klien disarankan agar duduk lurus yang ditegakkan pada tempat tidur hingga 2 X setengah menit. 48 jam klien disarankan untuk duduk diluar kamar. Setelah 1 minggu jahitan pada klien diperbolehkan dilepas serta klien diperbolehkan keluar dari rumah sakit atau kembali kerumah.

7. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada apendiksitis menurut Wijaya & Putri (2013) yakni :

a. Perforasi

Kejadian perforasi 10-32%, sekitar 20%, banyak terjadi di umur sangat muda dan bisa juga terjadi pada orang tua atau lansia, munculnya perforasi 93% menimpa anak kurang dari 2 tahun, serta rata-rata 40-75% menimpa orang tua yang umurnya lebih dari 60 tahun. Perforasi jarang terjadi pada 12 jam awal semenjak pertama sakit, namun perforasi mengalami kenaikan dahsyat jika sudah lebih dari 24 jam. Perforasi 70% kejadian pada suhu yang meningkat $39,5^{\circ}\text{C}$ terlihat toksik, pada semua bagian perut serta leukosit terjadi atau timbul nyeri

tekan yang bertambah dikarenakan perforasi serta abses yang terjadi pembentukan.

b. Peritonitis

Merupakan trombofebritis septik di sistem vena porta yang biasanya memiliki ciri khas yaitu adanya panas menggigil atau panas yang tinggi yaitu 39⁰-40⁰C serta ikterus adalah penyakit yang sedikit ditemukan :

- 1) Trombofebritis supuratif dari sistem portal, sedikit ditemukan adanya terapi yakni komplikasi letal
- 2) Abses subfrenikus serta fokal sepsis intraabdominal lainnya
- 3) Obstruksi intestinal bisa timbul karena adanya perlengketan.

C. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi Nyeri

Menurut Hidayat (2016), Nyeri yakni keadaan membuat seseorang menjadi tidak nyaman yang bersifat subjektif disebabkan skala nyeri pada setiap individu tidak sama, serta orang itulah yang mampu memahami dan mengevaluasi rasa nyeri yang sedang dirasakannya. Nyeri juga merupakan kondisi yang membuat seseorang tidak nyaman dikarenakan adanya rangsangan fisik ataupun rangsangan yang berasal dari serabut saraf yang ada pada tubuh menuju otak yang kemudian akan muncul fisik yang bereaksi, fisiologi serta emosional.

2. Fisiologi Nyeri

Fisiologi yang menimbulkan rasa nyeri menurut Hidayat (2016) yakni :

Proses terjadinya nyeri sangat berhubungan dengan reseptor serta adanya rangsangan. Reseptor tersebut berupa nociceptor, yaitu ujung-ujung saraf yang mempunyai banyak kebebasan pada kulit serta pada mukosanya mempunyai sedikit atau bisa jadi tidak mempunyai myelin. Reseptor nyeri mampu memberi respons yang disebabkan karena adanya stimulus atau

rangsangan. Stimulus itu berjenis zat kimiawi contohnya histamine, bradikinin, prostaglandin, dan lainnya, zat tersebut dikeluarkan jika ditemukan adanya kerusakan di jaringan yang disebabkan karena oksigen mengalami kekurangan. Selain jenis jenis stimulus tersebut ada juga termal, listrik atau mekanis.

Berikutnya, reseptor menerima stimulus tersebut yang dipindahkan berjenis rangsangan-rangsangan nyeri menuju ke sumsum tulang belakang yang dikasih pada 2 macam serabut ber myelin rapat atau serabut A (delta) serta serabut lamban (serabut C). Rangsangan-rangsangan yang dipindahkan oleh serabut delta A yang memiliki karakter menghambat perpindahan kepada serabut C. Pada saat serabut afren memasuki untuk menuju ke spinal yang akan melewati akar dorsal (dorsal root) dan dorsal horn di sinaps. Dorsal horn memiliki lapisan atau laminae lebih dari satu yang memiliki hubungan yang erat. Substantia gelatinosa terbentuk ditengah-tengah lapisan dua dan tiga, substantia gelatinosa adalah saluran pertama impuls. Selanjutnya nyeri melewati sumsum tulang belakang di interneuron serta berlanjut menuju jalur spinal asenden yang terpenting, yakni jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur *spinothalamic tract* (STR) kemudian memberikan sebuah berita mengenai nyeri serta titik terjadinya nyeri. Pada proses perpindahan ada 2 jalur proses timbulnya nyeri, yakni jalur opiate serta jalur nonopiate. Jalur opiate terjadi adanya reseptor di otak berpapasan atau berjumpa yakni medulla menuju ke tanduk dorsal yang berasal dari sumsum tulang belakang karena berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Serotonis yakni neurotransmitter di impuls supresif. Sistem supresif akan mengaktifkan lebih stimulasi nociceptor karena dipindahkan oleh serabut A. Jalur nonopiate yakni jalur desenden tidak mengasih jawaban kepada naloxone karena sedikit dimengerti prosesnya.

3. Klasifikasi Nyeri

Adapun klasifikasi nyeri menurut Hidayat (2016) yakni :

Pada umumnya nyeri mempunyai 2 jenis, yaitu nyeri akut serta nyeri kronis. Nyeri akut yakni nyeri yang muncul dengan tidak terduga serta mudah mereda, rasa nyeri tersebut terjadi kurang dari 24 minggu. Nyeri kronis yakni nyeri yang muncul secara tiba-tiba, biasanya nyeri tersebut dirasakan dengan waktu yang lama, yakni 24 minggu lebih, contoh yang tergolong kedalam nyeri kronis yakni nyeri terminal, sindrom nyeri kronik, serta nyeri psikosomatis. Nyeri yang berasal dari sifat kejadiannya mampu dibedakan menjadi dua jenis yakni nyeri tertusuk serta nyeri terbakar.

Adapun nyeri lainnya yaitu nyeri berdasarkan spesifik, yakni nyeri somatik, nyeri viseral, nyeri menjalar, nyeri psikogenik, nyeri di ekstermitas berupa nyeri phantom, nyeri neurologis, serta lainnya. Nyeri somatik serta nyeri viseral biasanya berasal pada kulit serta jaringan pada bawah kulit di otot serta tulang. Nyeri somatik pada superfisial bersifat tajam, menusuk serta membakar namun nyeri tidak bersifat menyebar, stimulasi bersifat torehan, abrasi yang bersifat sangat panas serta dingin, tidak ada reaksi otonom serta tidak ada refleksi kontraksi otot. Berikutnya nyeri somatik pada dalam memiliki sifat tajam, tumpul serta rasa nyeri yang tidak berhenti, nyeri tidak bersifat menyebar, stimulasi bersifat torehan, panas serta iskemia pergeseran tempat, adanya reaksi otonom dan adanya reflek kontraksi otot. Nyeri viseral bersifat tajam, tumpul, nyeri yang tidak berhenti serta terjadi kejang, nyeri bersifat menjalar, stimulasi bersifat spasmus, iritasi kimiawi (tidak adanya torehan), adanya reaksi otonom serta adanya reflek kontraksi otot. Nyeri menjalar merupakan rasa nyeri yang terasa pada bagian tubuh lainnya, biasanya dikarenakan karena adanya kerusakan di bagian organ viseral. Nyeri psikogenik merupakan nyeri yang pada dasarnya tidak mampu dilihat dengan fisik dan muncul karena psikologis. Nyeri phantom ditimbul akibat adanya amputasi pada salah satu ekstermitasnya. Nyeri neurologis merupakan tipe nyeri tajam yang disebabkan karena terdapat spasme disemua atau disebagian jalur saraf.

4. Stimulus Nyeri

Menurut Hidayat (2016), stimulus nyeri yaitu :

- a. Adanya jaringan tubuh yang mengalami trauma, contohnya pembedahan yang dikarenakan adanya kerusakan di jaringan serta reseptor yang mengalami iritasi secara langsung.
- b. Jaringan tubuh yang mengalami gangguan, contohnya terdapat pembengkakan karena reseptor nyeri yang tertekan
- c. Adanya tumor, mampu membuat reseptor nyeri tertekan
- d. Iskemia di jaringan, contohnya karena menumpuknya asam laktat
- e. Spasme otot, mekanis dapat distimulasi

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Nyeri

Menurut Hidayat (2016), faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri adalah :

- a. Makna nyeri

Makna nyeri pada setiap orang mempunyai perbedaan dan sebagian banyak nyeri mengartikan nyeri adalah keadaan yang buruk, karena dipercayai nyeri merupakan keadaan yang membahayakan, merusak serta lainnya. Itu semua dikarenakan karena faktor umur, laki-laki atau perempuan, keterlatarbelakangan sosial budaya, daerah sekitar serta kejadian dimasa lampau.

- b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri yakni pengukuran subjektif bertempat di korteks (di fungsi evaluative kognitif). Persepsi tersebut disebabkan karena ada faktor yang mampu memancing stimulasi nociceptor.

- c. Toleransi nyeri

Toleransi sangat berhubungan dengan intensitas nyeri yang mampu menyebabkan seseorang mampu menyembunyikan nyerinya. Faktor yang dapat membuat membuat toleransi meningkat yakni sesuatu yang beralkohol, terapi farmakologi yang tidak sesuai anjuran atau dosis, teknik yang dapat membuat pasien menjadi lebih rileks serta tidak agresif

atau tenang, benturan-benturan kecil ataupun berat, alihkan perhatian, rasa percaya yang kuat serta lainnya. Dan faktor yang mampu membuat toleransi nyeri menurun atau berkurang yakni kecemasan, emosi, kebosanan, khawatir, rasa nyeri yang tidak berkurang, serta lainnya.

d. Respon nyeri

Respon nyeri adalah cara individu merespon mengenai intensitas nyeri yang dirasakan, yakni takut, gelisah, khawatir, menangis serta menjerit. Itu semua adalah cara seseorang merespon nyeri beberapa faktor yakni mengenai akan arti-arti kebudayaan, taraf hidup yang diharapkan, fisik yang sehat serta psikologis yang sehat, ketakutan, khawatir, umur serta lainnya.

6. Penatalaksanaan Nyeri

Cara mengatasi nyeri menurut Hidayat (2016) yaitu :

a. Meminimalkan faktor yang dapat memicu terjadinya nyeri.

1) Tidak mempercayai

Kejujuran rasa nyeri yang dirasakan seseorang mampu meminimalkan rasa nyeri tersebut. Itu semua mampu dikerjakan dengan cara perkataan verbal dari orang tersebut, memberikan perhatian secara penuh untuk mendengarkan keluhan nyeri yang dirasakan orang tersebut, serta memberitahu jika yang sedang dilakukan oleh kita adalah untuk mengetahui rasa nyeri yang sedang dirasakannya.

2) Salah paham

Meminimalkan salah paham mengenai nyeri dapat mengatasi nyerinya tersebut. Itu semua mampu dikerjakan untuk menginformasikan jika nyeri yang sedang dirasakan bersifat individual serta hanya orang tersebut yang paham mengenai nyeri yang sedang dirasakan.

3) Takut

Dengan memberitahu sebuah informasi secara benar dapat membuat seseorang menjadi tidak takut lagi serta mengajarkan agar seseorang tersebut dapat menggambarkan gimana mereka mampu mengurangi rasa nyeri tersebut.

4) Lelah

Lelah mampu memperberat terjadinya nyeri. Untuk itu sebaiknya mampu membatasi aktivitas serta istirahat secara cukup.

5) Kebosanan

Kebosanan mampu membuat nyeri semakin bertambah. Agar tidak terjadi kebosanan maka mampu melakukan pengalihan perhatian dengan cara terapeutik, yakni nafas secara pelan dengan menggunakan irama, pijat perlahan-lahan, bernyanyi, mendengarkan musik yang sesuai situasi serta memikirkan sesuatu yang bahagia.

b. Merubah stimulus menggunakan metode-metode

1) Teknik pengalihan

- a) Menyalakan tv untuk ditonton
- b) Mengobrol bersama
- c) Menghidupkan musik sesuai situasi serta mendengarkannya dengan penuh hikmat

2) Teknik relaksasi

Mengajarkan pasien agar melakukan menarik nafas dalam serta memberi paru-paru dengan udara, mengeluarkannya dengan pelan-pelan, mampu membuat rileks otot-otot di tangan, kaki, punggung dan perut. Dan dapat melakukan lagi teknik tersebut dengan konsentrasi yang tinggi maka akan mendapatkan perasaan yang lebih nyaman, tidak gelisah serta tidak tegang.

3) Rangsangan terhadap kulit

- a) Lakukan gosokan secara halus dan pelan di sekitar lokasi nyeri
- b) Punggung digosok-gosok

c. Memberikan obat analgesik

Digunakan agar dapat menggagalkan perpindahan stimulus supaya merubah persepsi nyeri dilakukan agar kortikal terhadap nyeri berkurang. Analgesik yang digunakan yakni jenis narkotika serta bukan narkotika. Narkotika mampu membuat tekanan dalam darah menurun serta mampu membuat stress di fungsi vital, contohnya respirasi. Bukan narkotika juga dimasyarakat banyak dikenali contohnya aspirin, asetaminofen serta yang terbuat dari antiinflamasi nonsteroid.

7. Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri menurut Hidayat (2016), mampu dikaji dengan cara menanyakan riwayat nyeri, dimana titik nyeri yang sedang dirasakan, intensitas nyeri, kualitas serta waktu terjadinya nyeri. Pengkajian tersebut mampu dikerjakan menggunakan metode PQRST

a. P (provokes/palliative)

Penyebab yang menimbulkan rasa nyeri tersebut, pada saat apakah yang membuat rasa sakit itu bertambah/sedikit menurun/menurun, nyeri yang dirasakan bersifat terus-menerus atau datang-hilang-datang-hilang, nyeri tersebut membuat tidur terganggu atau tidak.

b. Q (quality)

Kualitas rasa nyeri yang dirasakan seperti apa (tajam, diremas-remas, membakar, ditusuk, atau lainnya).

c. R (radiates)

Penyebaran nyeri tersebut bersifat menjalar kebagian yang lain atau hanya menetap pada satu titik.

d. S (severity)

Mampu menyebutkan keparahan skala nyeri yang dirasakan menggunakan angka 1-10 atau gambaran ekspresi atau metode skala pengukuran nyeri lainnya.

e. T (time)

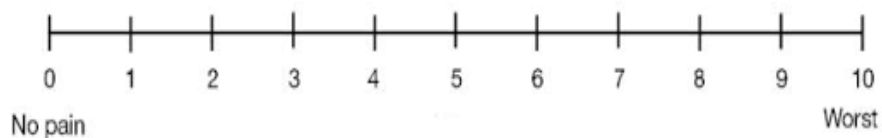
Waktu rasa sakit itu muncul kapan, munculnya dengan pelan-pelan atau mendadak, nyeri tersebut terus menerus akan terjadi pada waktu tertentu saja (kadang-kadang), sebelumnya apakah pernah mengalami nyeri yang sama dengan nyeri yang sedang dirasakan ini.

8. Skala Nyeri

Menurut Suwondo et al (2017), ada beberapa jenis skala nyeri uni-dimensional untuk mengukur nyeri yang dapat dipakai guna menunjukkan seberapa tingkat nyeri seseorang, yakni :

a. *Visual Analog Scale (VRS)*

Visual Analog Scale (VAS) ini banyak diaplikasikan untuk mengetahui nyeri yang dirasakan pasien. Keuntungan menggunakan VRS yakni sangat mudah diaplikasikan serta bersifat simple. Namun apabila keadaan pasien tidak kooperatif, VAS tidak gampang dikarenakan keadaan visual, motorik serta konsentrasi pasien sedang terganggu. VAS ini biasanya digunakan untuk anak dibawah umur 8 tahun.

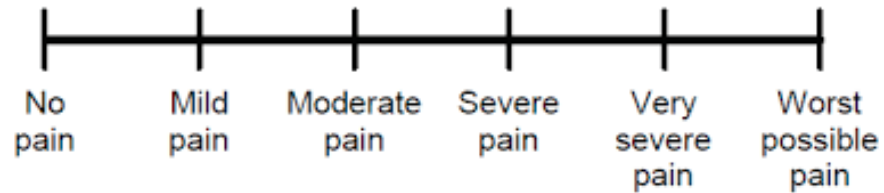


Gambar 2.4: Skala nyeri *visual analog scale (VRS)*

Sumber : Suwondo et al (2017)

b. *Verbal Rating Scale (VRC)*

Skala verbal yakni bukan menggunakan angka untuk mengukur tingkatan nyeri tetapi menggunakan kata-kata untuk mengukur tingkat nyeri yang dirasakan pasien. Skala ini mempunyai kekurangan yakni memiliki kata yang sangat terbatas, tidak mampu membedakan mengenali tingkatan nyeri secara luas.



Gambar 2.5 : Skala nyeri *verbal ranting scale* (VRC)

Sumber : Suwondo et al (2017)

c. *Numeric Rating Scale* (NRS)

Numeric Ranting Scale (NRS) yakni skala yang mudah untuk dipahami serta lebih simple. Skala ini menggunakan angka untuk mengukur derajat nyeri seseorang yang dimulai dari 0 sampai 10. NRS ini memiliki kekurangan yakni tidak mampu membedakan nyeri secara detail. Berikut ini rincian gambar NRS



Gambar 2.6 : Skala nyeri *numeric rating scale* (NRC)

Sumber : Suwondo et al (2017)

d. *Wong Beker Facer Pain Ranting Scale*

Metode ini bagus jika diaplikasikan pada orang dewasa serta anak kurang dari 3 tahun yang tidak mampu mengukur skala nyeri menggunakan angka.



Gambar 2.7 : Skala nyeri *wong beker facer pain ranting scale*

Sumber : Suwondo et al (2017)

D. Teori Penyembuhan Luka Post Op

Menurut Julianto (2020), Luka yaitu kondisi dimana kulit mengalami gangguan atau tidak normal seperti pada umumnya. Luka yaitu kondisi dimana kulit, membran mukosa serta organ lain yang mengalami kerusakan. Tahap penyembuhan luka terdiri dari 3 yakni inflamasi, proliferasi serta maturnasi.

1. Inflamasi

Inflamasi merupakan proses pertama sembuhnya luka. Terjadi mulai hari ke-0 hingga hari ke-3 serta paling lama / lambat yakni hari ke-5. Saat inflamasi lebih dari 6 hari itu merupakan ciri-ciri awal mulanya terjadinya proses infeksi. Terdapat beberapa proses inflamasi, yakni : Hemostatis, eritema atau panas, nyeri, edema serta jaringan yang mengalami penurunan fungsi serta destruktif.

2. Proliferasi

Terjadi mulai hari ke-0 hingga 1 bulan kurang 7 hari. Ada 3 kejadian pada proliferasi yakni kolagen yang tersintesis yang berguna agar jaringan granulasi terbentuk (dimulai dari bawah kemudian keatas) sehingga epitelisasi (dimulai dari pinggir kemudian ke tengah) akan terbentuk juga.

3. Maturnasi

Terjadi mulai dari 1 bulan kurang 7 hari hingga 24 bulan. Pembentukan kolagen terjadi hingga pada tahap maturnasi ini, namun memiliki keterbatasan hingga 80% saja dari awal dari sebelum luka.

Terdapat 2 jenis luka yakni luka akut serta luka kronis. Luka akut yakni yang dalam penyembuhannya runtut dengan 3 tipe penyembuhan barusan, pada luka akut disini kita perlu melakukan kelembaban yang harus tetap terjaga, meminimalisir terjadinya infeksi atau trauma serta jika sudah sesuai dengan kriteria tadi maka kita tinggal menunggu tanggal sembuhnya saja. Pada luka kronis yakni yang dalam penyembuhan lukanya mengalami keterlambatan, disini kita perlu melakukan menjadikan luka kronis menjadi luka akut, menjadikan luka menjadi berwarna merah, kelembaban harus terjaga, menghilangkan faktor yang mampu membuat proses penyembuhan luka

menjadi lama dan kemudian setelah itu semua terpenuhi maka kita tinggal menunggu tanggal sembuhnya saja.

Tipe penyembuhan luka sendiri terdapat 3 yakni primer, sekunder serta tersier. Pada primer yakni berkolaborasi dengan alat atau bahan (jahitan, benang, plester, lem serta surgikan staples) biasanya tipe primer ini sering terjadi pada luka *post op*. Untuk yang sekunder yakni tidak berkolaborasi dengan alat tapi dengan cara membuat jaringan-jaringan baru tumbuh, yang biasanya menggunakan balutan. Serta untuk yang tersier yakni dilakukan dengan cara membuang infeksi-infeksi pada jaringan serta benda-benda asing yang berlangsung pada tipe penyembuhan primer.

Pada luka yang perlu dilakukan pengkajian yakni : kepanjangan serta kelebaran lukanya, dalamnya luka, kondisi tepi-tepi lukanya, terdapat goa atau tidak, tipe serta jumlah eksudatnya, warna kulit disekitar luka, apakah terdapat edema, apakah terdapat granulasi serta epiteisasi yang kemudian hasilnya akan ditotal serta hitung menggunakan rumus $55 : X = 12 : N$.

Secara simple dalam melakukan perawatan luka yakni dengan cara lukanya dicuci kemudian jaringan-jaringan yang mati dibuang serta pilihlah balutan yang sesuai dengan kriteria luka. Terdapat beberapa balutan yang digunakan dalam mendukung proses penyembuhan luka yakni film dressing, calcium aginate, hydrocollid cocok untuk stadium 1 serta 2, hydrogel, foam, zink, hidropobic, cadexomer iodine serta fiksasi.

Penyembuhan luka menjadi lama dikarenakan beberapa faktor yakni : umur, bagaimana nutrisi dalam tubuhnya, O₂ dalam jaringan, bawaan penyakit, kemoterapi serta radiasi, fisik dan psikologik yang mengalami stress, pada luka dijumpai adanya benda asing, jaringan yang telah mengalami kematian, infeksi, tubuh dalam menyuplai darah, tekanan serta gesekan, suhu luka, hidrasi dalam luka serta lainnya.

E. Konsep Dasar Nafas Dalam

1. Pengertian Nafas Dalam

Teknik relaksasi yaitu teknik yang bertujuan untuk merileksasikan ketegangan otot dalam tubuh yang mampu mengurangi insensitas nyeri. Teknik relaksasi adalah teknik efektif untuk menurunkan intensitas rasa nyeri dalam tubuh. (Ulinuha, 2018).

Teknik relaksasi nafas dalam yakni bentuk asuhan keperawatan, pada teknik perawat melatih pasien agar pasien mampu melakukan nafas dalam, nafas pelan serta melatih pasien agar tau metode menghembuskan nafas secara pelan-pelan. Nafas dalam mampu mengurangi rasa nyeri serta mampu merilekskan semua anggota badan dalam tubuh (Ulinuha, 2018).

2. Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Tujuan teknik relaksasi nafas dalam yaitu merilekkan suasana, secara fisiologis dapat membuat kadar epinefrin menurun serta non epinefrin yang dapat menurunkan denyut jantung pada darah jadi nantinya mampu membuat ketegangan otot menurun, jadi metabolisme mengalami penurunan, vasodilatasi serta temperature dalam ekstermitas meningkat (Haryani, 2021).

Tujuan teknik relaksasi nafas dalam yakni bertujuan agar frekuensi pola nafas dapat kembali menjadi teratur, mampu membuat fungsi diafragma menjadi lebih baik, relaksasi otot yang mengalami peningkatan, membuang sedikit udara yang terjebak, mampu membuat kekuatan otot-otot pernafasan menjadi lebih baik, pada inflasi alveolar terjadi peningkatan, kemudian mampu membuat mobilitas dada serta vertebra thorakalis menjadi lebih baik (Yulianti, 2018)

3. Manfaat Melakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Manfaat dari teknik relaksasi nafas dalam yakni nadi menjadi teratur, otot yang tegang akan kembali rileks, kecepatan metabolisme menurun, kesadaran secara global akan meningkat, suasana dalam tubuh menjadi lebih damai, sejahtera serta tingkat kewaspadaan menurun atau menjadi rileks kembali (Yulianti, 2018)

Manfaat teknik relaksasi nafas dalam yakni mampu menjadikan perasaan kembali tenang, nyaman, kegelisahan serta ketegangan akan sedikit berkurang, skala nyeri mengalami penurunan, membuat otot-otot menjadi lemas kembali, serta menjadikan hati kembali merasa tenang (Haryani, 2021)

Kelebihan teknik relaksasi nafas dalam yakni, bisa dikerjakan setiap waktu, kapan saja serta dimana saja, dengan cara yang mudah serta mampu dikerjakan sendiri atau mandiri dan dapat merubah yang pada awalnya otot-otot mengalami ketegangan akan kembali rileks (Ulinuha, 2018).

4. Metode Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Priyatin (2019), relaksasi nafas dalam dilakukan dengan urutan metode-metode dibawah ini :

- a. Pertama : menganjurkan pasien agar mengambil posisi yang nyaman, rileks, serta menganjurkan pasien agar tidak memikirkan sesuatu yang dapat mengganggu jalannya proses nafas dalam.
- b. Kedua : menganjurkan pasien agar mengambil nafas dalam cara melewati rongga hidung rongga paru terisi udara bersih, selanjutnya mengeluarkan nafasnya melewati mulut dengan cara pelan-pelan serta sambil membayangkan keluar dari masing-masing bagian tubuh, bersamaan menganjurkan pasien agar mampu menghayati perhatian serta menikmati perasaan yang muncul saat otot pasien lemas serta rileks.

- c. Ketiga : menganjurkan agar pasien bernafas seperti biasanya atau normal dalam waktu 30 detik sampai 1 menit
- d. Keempat : menganjurkan agar pasien kembali mengambil nafas dalam serta mengeluarkan nafas dengan perlahan serta menikmati udara mengalir dari tangan serta kaki ke paru yang selanjutnya akan dibuang keluar.
- e. Kelima : menyarkan agar pasien mampu memfokuskan perhatian pada kaki, tangan, perut dan udara yang dihembuskan, serta mampu menikmati kehangatannya serta rileks.
- f. Keenam : pada saat pasien sudah merasa rileks, anjurkan pasien agar menambahkan irama pernafasan dengan pelan-pelan yang memiliki manfaat agar pernafasan dada atau abdomen yang apabila intensitas nyeri menambah, lakukan pernafasan dangkal dengan frekuensi yang lebih cepat.
- g. Ketujuh : observasi kembali skala nyeri pasien setelah intervensi serta dokumentasi tindakan yang telah dilaksanakan menggunakan catatan keperawatan

5. Faktor yang Membuat Teknik Relaksasi Nafas Dalam Mampu Menurunkan Intensitas Nyeri

Teknik relaksasi nafas dalam menurut Ulinuha (2018), diandalkan mampu menurunkan skala nyeri dengan dua mekanisme yakni :

- a. Pada saat terjadi pengencangan atau tegang dikarenakan trauma pada jaringan pada waktu pembedahan atau operasi maka teknik ini lemaskan otot-otot seklet tersebut.
- b. Pada saat otot skelet mengalami reaksi maka akan mampu membuat aliran darah yang menuju ke lokasi terjadinya trauma menjadi bertambah jadi pada penyembuhan serta intensitas skala nyeri dapat cepat berkurang.