

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. *Appendicitis*

a. Pengertian *Appendicitis*

Appendisitis merupakan proses peradangan akut maupun kronis yang merupakan kasus gawat bedah abdeomen yang paling sering terjadi dikarenakan adanya sumbatan pada lumen appendiks (Pujawan, 2022)

Appendiks merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm (kisaran 3-15 cm), dan berpangkal di sekum. beberapa laporan menyebutkan panjang rata-rata apendiks adalah 8-10 cm (berkisar 2-20 cm). Bagian diameter luar bervariasi antara 3-8 mm, sedangkan diameter luminal bervariasi antara 1-3 mm. *Apendiks* dapat ditemukan hampir semua area perut, tergantung pada apakah ada masalah perkembangan abnormal atau jika ada kondisi lain yang bersamaan seperti kehamilan atau operasi sebelumnya. *Apendiks* berkembang secara embrionik pada minggu kelima. Selama waktu ini, ada Gerakan midgut ke tali pusat eksternal dengan akhirnya kembali ke perut dan rotasi dari sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar di bagian distal (Warsinggih, 2010; Brunicardi et al., 2015; Craig, 2018; Jones et al., 2019). Appendisitis adalah peradangan pada appendiks atau pada umumnya lebih dikenal dengan radang usus buntu. Appendisitis

dapat menyerang baik laki-laki ataupun perempuan pada semua umur yang dapat menyebabkan nyeri abdomen. Faktor penyebab peradangan ini karena predepositi yaitu hiperplasia dari folikel limfoid, adanya fekolit dalam lumen appendiks atau adanya benda asing seperti cacing dan biji-bijian (Awaluddin, 2020).

b. Etiologi

Apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia folikel limfoid, tumor apendiks, adanya benda asing seperti cacing askariasis, erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *Escherichia Histolytica* dan kebiasaan mengkonsumsi makanan renda serat mengakibatkan konstipasi yang menimbulkan apendisitis sehingga meningkatkan tekanan intrasekal dan menimbulkan umbatan fungsional apendik serta meningkatkan pertumbuhan kuman flora pada kolon (Yusmini, 2023).

c. Manifestasi Klinis

Pasien yang menderita *appendisitis* umumnya akan mengeluhkan nyeri pada perut kuadran kanan bawah. Gejala yang pertama kali dirasakan pasien adalah berupa nyeri tumpul di daerah epigastrium atau di periumbilikal yang akan menyebar ke kuadran kanan bawah abdomen. Selain itu, mual dan muntah sering terjadi beberapa jam setelah muncul nyeri, yang berakibat pada penurunan

nafsu makan sehingga dapat menyebakan anoreksia, demam dengan derajat ringan juga sering terjadi. Nyeri yang ditimbulkan oleh appendicitis dapat mengganggu aktivitas sehari-hari (Aeni et al., 2023). Gejala utama apendisitis akut biasanya dimulai dengan nyeri perut yang menyebar atau periumbilikal yang akhirnya terlokalisasi di kuadran kanan bawah. Stimulasi serabut saraf aferen T8-T10 visceral menyebabkan nyeri perut yang samar-samar. Ketika peritoneum parietal yang meradang di daerah sekitarnya teriritasi, nyeri menjadi lebih terfokus di kuadran kanan bawah. Pasien mungkin mengalami nyeri yang membangunkannya dari tidur atau bertambah parah saat berjalan atau batuk. Selain sakit perut, individu juga dapat mengalami anoreksia, mual dengan atau tanpa muntah, diare, malaise, dan frekuensi atau urgensi buang air kecil. Sekitar 40% pasien dengan apendisitis akut mengalami demam pada saat datangnya gejala. Beberapa pasien mungkin menunjukkan gambaran yang tidak biasa atau tidak biasa (Lotfollahzadeh et al., 2024).

d. Patofisiologi

Kotoran atau *feses* dapat menyumbat lumen sehingga menyebabkan radang usus buntu (Bessoff & Forrester, 2020). Hipotesis ini sesuai dengan temuan *epidemiologi* yang menunjukkan bahwa radang usus buntu berhubungan dengan buruknya asupan serat. Apendisitis dimulai dengan iritasi mukosa. Peradangan ini menyebar ke lapisan submukosa dan otot serta

serosa (*peritoneum*). Peritonitis lokal terjadi akibat pembentukan cairan eksudat *fibrinopurulen* pada permukaan serosa dan menyebar ke usus atau dinding perut. Mukosa kelenjar nekrotik terkelupas ke dalam lumen, yang berisi nanah. Usus buntu tanpa aliran darah menjadi nekrotik atau gangren. Ketika arteri mengalami trombosis. Segera, perforasi akan meluas ke peritoneum.

e. Penatalaksanaan Medis

Perawatan radang usus buntu pasca operasi memerlukan pemantauan tanda-tanda vital untuk pendarahan intefnal, syok, hipertermia, dan masalah pernapasan. Klien berbaring telentang. Pelanggan dalam keadaan baik jika tidak terjadi gangguan dalam waktu 12 jam. Puasa dilanjutkan sampai fungsi usus membaik. Pada fase lanjutan dari *Appendicitis* yang sudah memberat dan tidak ditangani dalam waktu lama biasanya akan menyebabkan perforasi *appendicitis* merupakan apendiks gangren yang pecah akibatnya nanah memasuki usus, mengakibatkan peritonitis yang luas. Fase ini, laparotomi, yaitu teknik bedah yang mencakup sayatan pada dinding perut hingga ke rongga perut, sering dilakukan untuk menentukan asal mula ketidaknyamanan perut. (Fugazzola et al., 2020).

Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyengkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan

risiko *perforasi* lebih lanjut seperti *peritonitis* atau abses (Aeni *et al.*, 2023).

f. Persiapan Operasi

Tahap awal dari *perioperative* adalah pre operasi, dimana seseorang diputuskan untuk melakukan pembedahan hingga sampai di meja operasi. Perawat memiliki peran untuk melakukan pengkajian status fisiologis dan psikologis untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam upaya mendukung keberhasilan tindakan operasi (Apriliani, 2019).

Menurut Syamsuhidajat (2010), persiapan pasien operasi di ruang perawatan meliputi:

1) Persiapan Fisik

Beberapa persiapan fisik yang harus dilakukan pada pasien pre operasi adalah:

a) Status Kesehatan Fisik Secara Umum

Status Kesehatan fisik meliputi identitas riwayat penyakit kesehatan masa lalu, status hemodinamik, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal, fungsi endokrin, fungsi imun, dll. Selain itu pasien diharapkan untuk istirahat yang cukup supaya tidak mengalami stress fisik dan tubuh menjadi rileks.

b) Status Nutrisi

Status nutrisi pasien perlu diperhatikan dengan mengukur kebutuhan nutrisi. Kebutuhan nutrisi ditentukan

dari tinggi dan berat badan, lipat trisep, lingkar lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin), serta keseimbangan nitrogen. Sebelum pembedahan, diharapkan pasien mendapat protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Apabila pasien mengalami gizi buruk, maka akan mengakibatkan komplikasi pasca operasi seperti terjadinya infeksi, penyembuhan luka yang lama, hingga membuat pasien lebih lama di rawat di rumah sakit. Keseimbangan cairan dan elektrolit

Keseimbangan cairan dan elektrolit berkaitan dengan fungsi ginjal. Ginjal berfungsi dalam mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolic obat-obat anestesi. Sehingga keseimbangan cairan perlu diperhatikan supaya operasi dapat dilakukan dengan baik.

c) Pencukuran Daerah Operasi

Rambut merupakan tempat persembunyian kuman dan dapat menghambat proses perawatan penyembuhan luka. Oleh karena itu perlu dilakukan pencukuran daerah operasi untuk menghindari terjadinya infeksi pada area yang akan dilakukan pembedahan. Daerah yang dicukur bergantung pada jenis operasi dan area yang akan di operasi.

d) Personal *Hygiene*

Tubuh yang kotor merupakan sumber kuman yang menyebabkan infeksi. Oleh karena itu pasien yang akan

melakukan tindakan pembedahan dianjurkan untuk mandi dan membersihkan area operasi menggunakan sabun.

e) Pengosongan kandung kemih

Kegiatan ini dilakukan dengan memasang kateter pada pasien yang akan melakukan operasi. Selain itu pengosongan kandung kemih dengan menggunakan kateter dapat digunakan untuk mengobservasi balance cairan.

f) Persiapan penunjang

Persiapan penunjang yang dilakukan sebelum tindakan operasi adalah pemeriksaan radiologi, laboratorium, EKG, dll Pemeriksaan status anestesi

g) Pemeriksaan anestesi

Dilakukan dengan menilai status fisik untuk mengetahui seberapa resiko pembiusan terhadap kondisi pasien yang dapat mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah, dan sistem saraf.

h) *Informed Consent*

Informed consent merupakan aspek hukum, tanggung jawab, dan tanggung gugat terhadap pasien. Sebelum operasi akan mendapatkan informasi terkait prosedur pemeriksaan, pembedahan, dan pembiusan yang akan diberikan. Setelah itu pasien dan keluarga harus menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi, yang artinya pasien dan keluarga mengetahui manfaat, tujuan, resiko, dan konsekuensi terkait

pembedahan.

i) Persiapan Mental/ Psikis

Mental pasien sebelum operasi akan berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Hal ini terjadi karena tindakan pembedahan menjadi ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang membangkitkan reaksi stress fisiologis dan psikologis. Kecemasan pasien sebelum operasi dapat diketahui dengan perubahan fisik pasien seperti meningkatnya frekuensi denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah, Gerakan tangan tidak terkontrol, telapak tangan lembab, gelisah, bertanya dengan pertanyaan berulang gelisah, bertanya dengan pertanyaan berulang, sulit tidur dan sering BAK. Perawat memiliki peran untuk mengkaji mekanisme coping pasien dalam menghadapi stress. Selain itu perawat juga memiliki peran untuk membantu pasien menurunkan kecemasan dengan tindakan komplementer. Tindakan komplementer yang dapat dilakukan yaitu massage, relaksasi, psikoterapi, dll (Apriliani, 2019).

g. Penatalaksanaan *Post Op* Appendiktomi

Penatalaksanaan pasien post operasi apendiktomi menurut Hanifah, (2019), sebagai berikut:

- 1) Observasi tanda- tanda vital
- 2) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah
- 3) Baringkan pasien dalam posisi *semi fowler*
- 4) Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi

gangguan, selama pasien dipuaskan

- 5) Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal Berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak.
- 6) Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2 kali 30 menit.
- 7) Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar
- 8) Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

B. ASUHAN KEPERAWATAN

1. Konsep Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan respon emosional yang tidak menyenangkan dalam tubuh yang biasanya mengakibatkan gangguan fisik, mental, serta emosional yang menggambarkan adanya gangguan akibat kerusakan jaringan. Nyeri akut yang dirasakan pasca operasi merupakan penyebab stres dan gelisah yang menyebabkan mengalami gangguan tidur, tidak nafsu makan, cemas dan ekspresi wajah yang tegang (Rahmawati et al., 2023).

Menurut *international assosiation for study of pain*, nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun

potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Istichomah, 2020).

b. Etiologi nyeri

Dibawah ini merupakan penyebab nyeri menurut Mubarak, Indrawati, dan Susanto (2015), diantaranya:

- 1) Trauma
- 2) Peradangan
- 3) Gangguan sirkulasi darah
- 4) Gangguan pada jaringan tubuh
- 5) Tumor
- 6) Iskemi pada jaringan

c. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala dari nyeri ini menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) dibagi menjadi gejala dan tanda yaitu mayor dan minor. Dari masing masing gejala dan tanda mayor dan minor memiliki sub bagian yaitu dibagi subjektif dan objektif, diantaranya adalah :

- 1) Mayor
 - a) Subjektif :
 - (1) Mengeluh nyeri
 - b) Objektif:
 - (1) Tampak meringis
 - (2) Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)

- (3) Gelasah
 - (4) Frekuensi nadi meningkat
 - (5) Sulit tidur
- 2) Minor
- a) Subjektif:
 - (1) (Tidak tersedia)
 - b) Objektif:
 - (1) Tekanan darah meningkat
 - (2) Pola nafas berubah
 - (3) Nafsu makan berubah
 - (4) Proses berpikir terganggu
 - (5) Menarik diri
 - (6) Berfokus pada diri sendiri
 - (7) Diaforesis
 - c) Klasifikasi Nyeri

Menurut Zakiyah (2015) terdapat klasifikasi nyeri diantaranya:

- 1) Berdasarkan lama keluhan atau waktu kejadian, nyeri dibagi menjadi:
 - a) Nyeri akut

Menurut Federation of State Medical Boards of United States, nyeri akut adalah respons fisiologis normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimiawi, panas, atau mekanik

menyusul suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut. Ciri khas nyeri akut adalah nyeri yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seirama dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat dari 1 (satu) detik sampai kurang dari 6 (enam) bulan.

b) Nyeri kronis

The International Association for Study of Pain (IASP), mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri yang menetap melampaui waktu penyembuhan normal yakni enam bulan.

2) Berdasarkan lokasi nyeri, nyeri dapat dibedakan menjadi:

a) Nyeri *somatic*

Nyeri timbul karena gangguan bagian luar tubuh, nyeri ini dibagi menjadi:

1. Nyeri *superfisial (cutaneous pain)*

Biasanya timbul pada bagian permukaan tubuh akibat stimulasi kulit seperti laserasi, luka bakar, dan sebagainya. Nyeri jenis ini memiliki durasi yang pendek, terlokalisasi, dan memiliki sensasi yang tajam.

2. Nyeri *somatic* dalam

Nyeri *somatik* dalam adalah nyeri yang terjadi pada otot dan tulang serta struktur penyokong lainnya. Nyeri dirasakan seperti ditusuk atau disayat, dan pasien dapat menunjuk letak nyeri dengan jarinya. Rangsang yang menimbulkan nyeri ini dapat berupa rabaan, tekanan, rangsang kimiawi, atau proses peradangan. Misalnya, organ yang mengenai pankreas atau ginjal, maka nyeri yang dirasakan terdapat pada area pinggang atau punggung.

3. Nyeri *visceral*

Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal seperti nyeri yang berasal dari lambung, duodenum, dan pankreas akan dirasakan di ulu hati.

b) Nyeri *pantom* (*phantompain*)

Nyeri *pantom* merupakan nyeri khusus yang dirasakan pasien yang mengalami amputasi, oleh pasien nyeri dipersepsikan berada pada organ yang diamputasi seolah-olah organ yang diamputasi masih ada. Contohnya, nyeri pada pasien yang menjalani operasi pengangkatan

ekstremitas.

c) Nyeri menjalar (*radiation of pain*)

Nyeri menjalar merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian yang lain. Nyeri seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh; nyeri dapat bersifat intermittent atau konstan. Contohnya, nyeri punggung bagian bawah akibat ruptur diskus intravertebral disertai nyeri yang menyebar pada tungkai dan iritasi saraf skiatik.

d) Nyeri alih (nyeri alih)

Nyeri alih merupakan nyeri yang timbul akibat adanya nyeri viseral yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat. Nyeri jenis ini dapat timbul karena masuknya neuron sensori dari organ yang mengalami nyeri ke dalam medula spinalis dan mengalami sinapsis dengan serabut saraf yang berada pada bagian tubuh lainnya. Nyeri alih ini biasanya timbul pada lokasi atau tempat yang berlawanan atau berjauhan dari lokasi asal nyeri.

d) Faktor yang mempengaruhi nyeri

1) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Perbedaan perkembangann

yang ditemukan antara kedua kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri. Anak-anak kesulitan untuk memahami nyeri dan beranggapan kalau apa yang dilakukan perawat dapat menyebabkan nyeri.

Anak-anak yang belum mempunyai kosakata yang banyak, mempunyai kesulitan mendeskripsikan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau perawat. Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi (Anas, 2016).

- 2) Jenis kelamin, laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri. Misalnya anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis dimana seorang wanita dapat menangis dalam waktu

yang sama.

- 3) Budaya, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.
- 4) Ansietas, meskipun pada umumnya diyakini bahwa ansietas akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas danyeri.

d. Skala nyeri

Numerical Rating Scale (NRS) (Skala numerik angka) meminta pasien menyebutkan dari angka 0-10 untuk melihat tingkat nyerinya. Pada angka 10 yaitu nyeri paling parah. Apabila akan melihat perkembangan nyeri serta menentukan nyeri, metode ini biasa digunakan. (Mubarak et al, 2015).



(Sumber : Mubarak et al, 2015)

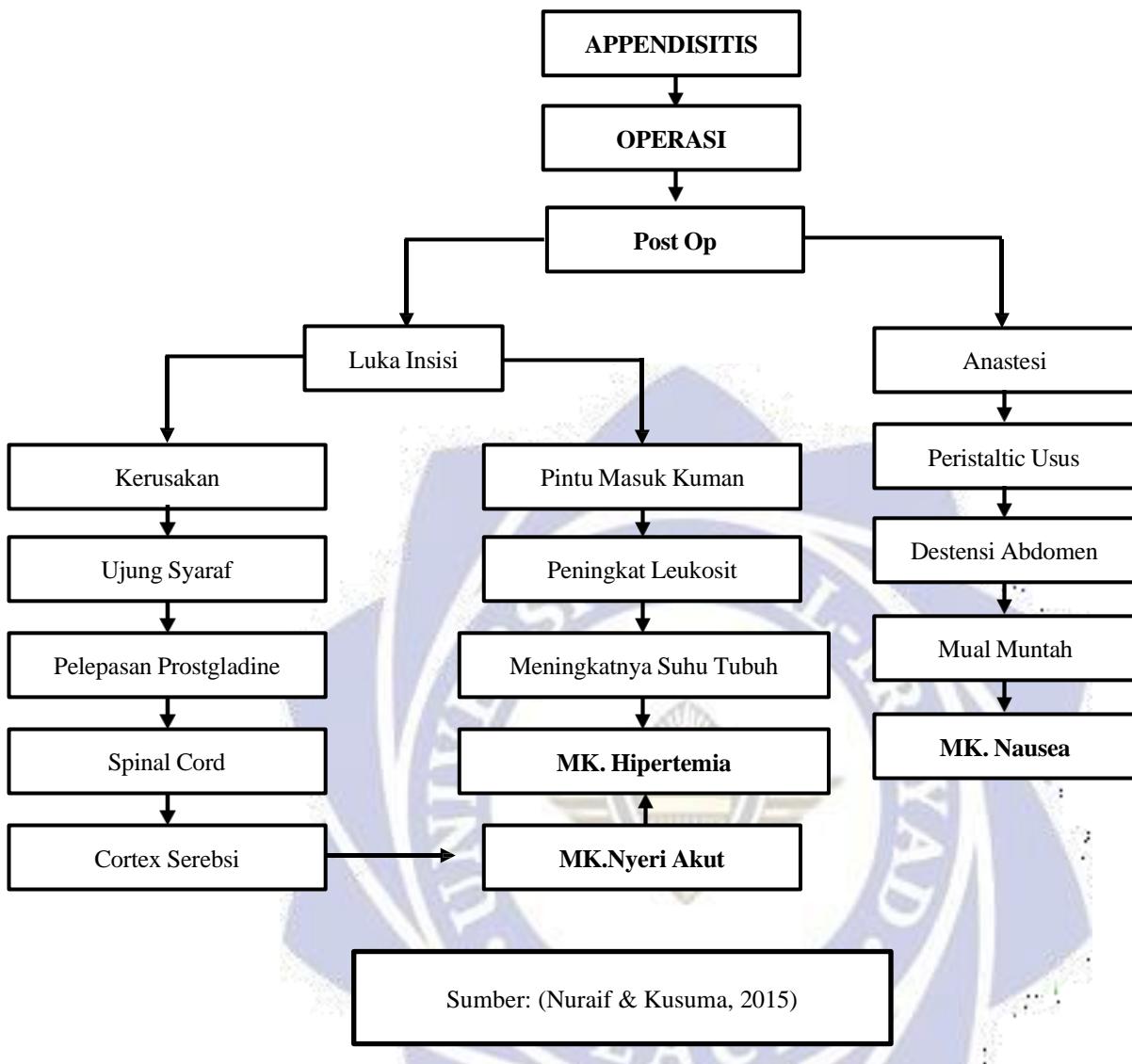
Dari sepuluh skala diatas dapat dikelompokkan menjadi 5 kelompok yaitu :

- 1) Skala 0: Tidak nyeri
- 2) Skala 1-3: Nyeri ringan
- 3) Skala 4-6: Nyeri sedang
- 4) Skala 7-9: Nyeri berat
- 5) Skala 10: Nyeri sangat berat

Pengkajian PQRST digunakan pada pasien yang mengalami nyeri:

- 1) ***Provokes/palliates***: Pengkajian provokatif/ paliatif dapat dikaji dengan menanyakan apa yang menyebabkan nyeri?
- 2) ***Quality*** : Mengkaji *Qualitas/ quantitas* rasa nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji Seberapa berat keluhan nyeri yang dirasakan pasien, seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas.
- 3) ***Region and Radiates***: *Region* atau radiasi merupakan lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan atau ditemukan
- 4) ***Scale / Severity*** : *Skala Severity* ditarikkan sebagai skala kegawatan yang dapat dilihat skala nyeri ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan pasien seberapa parah nyerinya, Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri hebat.
- 5) ***Time*** : *Timing* merupakan catatan waktu dimana kita

e. Patways



f. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan nyeri akut pada post apendiktomi yang didasarkan SIKI, 2018. meliputi intervensi utama yaitu manajemen nyeri dan pemberian analgetik. sedangkan intervensi pendukung meliputi pemantauan nyeri, edukasi manajemen nyeri, manajemen kenyamanan lingkungan, pengaturan posisi, pemberian teknik distraksi, terapi musik, teknik relaksasi nafas dalam.

2. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Menurut Setiadi (2012) pengkajian adalah tahap awal dari adanya proses keperawatan, pada tahap ini semua proses data dikumpulkan secara sistematik guna menentukan kesehatan pasien dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

Pada pasien post operasi appendiktomi yang dikaji pada saat pengkajian yaitu identitas pasien, riwayat kesehatan pasien (keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga), pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta manajemen nyeri dengan terapi non farmakologi.

Adapun pengkajian pada pasien appendisitis yaitu :

1) Identitas pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawab yang terdiri jadi nama, umur, penanggung jawab, hubungan

keluarga, dan pekerjaan. Appendiktoni dapat terjadi pada usia berapapun namun lebih banyak terjadi pada pria dibanding wanita antara 20-30 tahun.

2) Keluhan utama

Keluhan utama menurut Ningrum (2022) dapat dijelaskan sebagai berikut: Pasien dengan post operasi appendiktoni biasanya mempunyai keluhan utama nyeri pada abdomen bagian kanan bawah akibat adanya luka insisi, nyeri dirasakan bertambah apabila pasien bergerak atau ditekan dan berkurang apabila beristirahat dan setelah diberi obat, nyeri yang dirasakan seperti “tersayat-sayat” ataupun “tertusuk- tusuk”, nyeri akan menyebar diseluruh abdomen serta menjalar ke paha kanan yang akan menetap sepanjang hari, rentang skala nyeri yang dirasakan biasanya 4-10 dengan rasa nyeri yang hilang timbul.

3) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya keluhan nyeri akan dirasakan setelah efek anastesi menghilang atau 3-4 jam post operasi. Pada pasien post operasi appendiktoni akan merasakan nyeri pada insisi pembedahan juga tidak bisa beraktivitas. Riwayat kesehatan sekarang dikaji dengan pendekatan PQRST :

a) *Provoking Inciden* : pengkajian dilakukan untuk menilai apa menyebab gejala nyeri, apa yang memperberat dan mengurangi nyeri. Pada pasien post operasi appendiktoni akan mengeluh nyeri pada abdomen bagian bawah akibat adanya luka insisi, nyeri dirasakan bertambah apabila pasien bergerak atau ditekan dan berkurang apabila

beristirahat dan setelah diberi obat.

- b) *Quality of pain* : pengkajian dilakukan pada pasien post operasi appendiktomi untuk menilai bagaimana nyeri yang dirasakan. Pada pasien post operasi appendiktomi nyeri yang dirasakan seperti “tersayat-sayat” benda tajam ataupun “tertusuk-tusuk”.
- c) *Region Radiation* : pengkajian dilakukan untuk mengetahui sejauh mana lokasi penyerabaran nyeri yang dirasakan. Pada pasien post operasi appendiktomi nyeri dirasakan pada nyeri akan menyebar diseluruh abdomen serta menjalar ke paha kanan.
- d) *Saverity Scale of Pain* : pengkajian dilakukan untuk mendeteksi rentang skala nyeri yang dirasakan. Pada pasien post operasi appendiktomi rentang skala nyeri yang dirasakan biasanya 4-10. Perbedaan skala nyeri ini dipengaruhi berbagai faktor tergantung usia, jenis kelamin, psikologis, social budaya, serta bagaimana pola pasien dalam menurunkan respon nyeri.
- e) *Time* : pengkajian dilakukan untuk mengetahui kapan rasa nyeri timbul, apakah tiba-tiba atau bertahap. Pada pasien post operasi appendiktomi nyeri yang dirasakan adalah hilang timbul.

4) Riwayat penyakit masa lalu

Pada pasien post operasi appendiktomi biasanya memiliki kebiasaan memakan makanan yang rendah serat, makan yang pedas, atau sedang menjalankan program diet yang kurang serat, lalu tanyakan apakah sebelumnya pernah mengalami operasi appendiksitis atau pernah menjalani tindakan operasi lainnya.

a) Riwayat penyakit keluarga

Pada pasien post operasi appendiktomi tidak terkait dengan penyakit keturunan seperti *hepatitis*, hipertensi, dan lain-lain. Secara patologi appendiktomi tidak diturunkan namun harus ditanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi dalam rumah.

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan persistem secara berututan. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik persistem, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan TTV dan antropometri. (Marini, 2020).

Menurut Nava Dewi (2018) pada pasien yang mengalami nyeri post operasi appendiktomi umumnya pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu:

- a. Keadaan umum : Lemah
- b. Kesadaan : Composmentis
- c. Tanda-tanda vital :
 - 1) Tekanan darah : normalnya 120/80 mmHg (umumnya karena efek anestesi membuat tekanan darah menjadi rendah dan akan meningkat kembali setalah pengaruh anestesi hilang)
 - 2) Nadi: normal 60-100x/menit (nadi akan meningkat karena rentang skala nyeri yang dirasakan 4-10).
 - 3) Suhu : normalnya 36,5-37,5 derajat Celcius (suhu akan meningkat karena nyeri yang dirasakan).
 - 4) Respirasi : normalnya 16-20x/menit (respirasi akan meningkat seiring dengan tingkat skala nyeri yang dirasakan oleh pasien).

c) Pemeriksaan persistem

Pemeriksaan persistem menurut Ningrum (2022)

dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Sistem pernafasan

Ada pasien post operasi appendiktomi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (*takipneu*) dan cenderung dangkal. Hal ini merupakan salah satu dampak akibat nyeri.

2. Sistem kardiovaskuler dan limfe

Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah merupakan respon dari nyeri pada pasien setelah operasi appendektomi.

3. Sistem pencernaan

Saat inspeksi adanya bekas luka post operasi appendektomi di abdomen kanan bawah, lihat adanya kemerahan, dan bengkak pada area luka operasi, mukosa bibir kering. Untuk auskultasi, pasien post operasi appendektomi biasanya bising usus belum kembali normal, perlu adanya pengkajian auskultasi bising usus setiap 4 sampai 8 jam untuk mendeteksi kembalinya bising usus dengan bunyi 5-30x/menit. Pada pasien post operasi appendektomi akan terdengar bunyi tympani pada abdomen terutama pada abdomen kuadran kanan bawah karena pengaruh obat anestesi serta rasa nyeri pada abdomen. Pada saat palpasi pasien akan merasakan nyeri tekan pada luka operasi serta perut kembung karena akumulasi gas. Nyeri yang dirasakan seperti “tersayat-sayat” benda tajam ataupun “tertusuk-tusuk”.

4. Sistem persyarafan

Pada pasien post operasi appendektomi mengalami gangguan pada saraf sensorik akibat luka sayat pada abdomen.

5. Sistem penglihatan

Pada pasien post operasi appendektomi biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan. Biasanya pengkajian untuk melihat tingkat kesadaran pasien, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral.

6. Sistem pendengaran

Pada pasien post operasi appendektomi biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem pendengaran.

7. Sistem perkemihan

Adanya perubahan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien post operasi appendektomi. Hal tersebut terjadi karena pembatasan intake cairan karena pasien melakukan puasa sebelum operasi appendektomi. Output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral.

8. Sistem musculoskeletal

Pada pasien post operasi appendektomi dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi. Kelemahan dan kesulitan ambulans terjadi

akibat nyeri pada abdomen karena efek pembedahan atau anestesi sehingga menyebabkan kekakuan otot. Kekuatan otot akan membaik seiring dengan peningkatan aktivitas. Kekuatan otot pada pasien post operasi appendiktomi setelah 6 jam:

Keterangan :

- 0 : apabila sama sekali tidak mampu bergerak kontraktif bila lengan atau tungkai dilepaskan akan jatuh 100% pasif
- 1 : tidak ada gerakan teraba atau terlihat adanya kontraksi otot sedikit
- 2 : gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan
- 3 : rentang gerak normal, menentang gravitasi
- 4 : gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan sedikit tahanan
- 5 : gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan penahanan penuh

9. Sistem endokrin

Umunya pasien post operasi appendiktomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin. Biasanya pengkajian untuk melihat apakah adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak.

10. Sistem integument

Pada pasien post operasi appendiktomi karena adanya luka post operasi appendiktomi pada abdomen kuadran kanan bawah disertai kemerahan serta turgor kulit yang akan membaik karena adanya peningkatan intake oral.

11. Pola makan sehari-hari'

Bagan 2.2 Pola makan sehari-hari

No	Pola	Sebelum Sakit	Sesudah Sakit
1.	Pola Makan dan Minum	Makan normal dengan frekuensi 2-3x/hari dengan porsi yang dihabiskan. Memiliki kebiasaan memakan makanan yang rendah serat, makan makanan yang pedas-pedas ata sedang menjalankan program diet yang kurang serat, serta sering makan junk food. Jumlah mengkonsumsi air 2 liter/hari.	Memiliki frekuensi makan dengan porsi yang tidak dihabiskan karena rasa mual yang dirasakan pasien post appendiktomi. Mengkonsumsi makanan yang lembut seperti bubur, tidak boleh makan makanan pedas, jumlah mengkonsumsi air dikurangi karena adanya puasa sebelum operasi appendiktomi.
2.	Pola Istirahat dan Tidur	Istirahat tidur cukup dengan frekuensi lama tidur 6-8jam/hari.	mengalami gangguan tidur karena adanya rasa nyeri akibat ada luka insisi dengan frekuensi tidur 4-6jam/hari atau bisa saja kurang
3.	Personal Hygiene	Mampu melakukan personal hygiene seperti mandi, ganti baju, keramas, gosok sisi, dan lain-lain secara mandiri.	Melakukan personal hygiene seperti mandi, ganti baju, keramas, gosok sisi, dan lain-lain tidak mampu melakukan sendiri dan dibantu oleh keluarga atau perawat akibat adanya nyeri pada post operasi appendiktomi.
4.	EliminasiBAB BAK	Biasanya akan BAK dengan frekuensi 6-7x/ hari dan BAB dengan frekuensi 1x/hari.	Akan mengalami penurunan jumlah urin akibat intake cairan yang masuk berkurang, susah BAB atau susah flatus (buang gas) karena pengaruh dari

			anastesi yang menurunkan peritaktik usus.
5.	Pola Aktivitas	Mampu melakukan tugas dan aktivitas sehari-hari secara mandiri.	Melakukan tugas dibantu oleh keluarga atau perawat karena kelemahan dan kesulitan ambulansi terjadi akibat nyeri pada abdomen karena efek pembedahan atau anastesi sehingga menyebabkan kekakuan otot.

12. Data psikologis

Pada pasien post operasi appendiktoni biasanya akan stress dan terganggu dengan keberadaan orang lain, serta ansietas. Kecemasan disebabkan rasa nyeri yang dirasakan. Pasien akan merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, serta mudah marah

13. Data sosial

Pada kehidupan social, pasien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan masyarakat karena ketidakmampuannya dalam melakukan kegiatan seperti biasanya.

14. Data spiritual

Data spiritual biasanya pasien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumlah ataupun dalam kegiatan beribadah karena kelemahan fisik serta ketidakmampuannya.

15. Data penunjang

Data penunjang ini terdiri atas farmakoterapi atau obat-obatan yang diberikan, serta prosedur diagnostik yang dilakukan kepada pasien seperti pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan rontgen.(Nikmatur, Saiful,2012).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klikik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. (Astuti, 2020).

1) Nyeri Akut (D.0077)

Diagnosa Nyeri Akut adalah Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lamat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3

bulan. Penyebab pada diagnosa ini terdiri dari Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), dan Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Tanda dan gejala terdapat data mayor dan minor, Gejala dan tanda mayor subjektif yaitu mengeluh nyeri Sedangkan Gejala dan tanda minor Objektif yaitu Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur. Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri, Diaforesis. Kondisi Klinis Terkait pada diagnosa ini terdiri dari : Kondisi pembedahan, Cedera traumatis, Infeksi, Sindrom koroner akut dan Glaukoma.

2) Hipertemia D (0130)

Definisi hipertemia adalah Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Penyebabnya dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (misinfeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan. Peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, pengunaan inkubator. Gejala dan tanda mayor, gejala objektifnya suhu tubuh diatas nilai normal. Gejala minor kulit merah, kejang, takikardi, takipneia, kulit terasa hangat. Kondisi klinis terkait ada diagnosa ini terdiri dari: proses penyakit, hipertiroid, stroke, dehidrasi, trauma, prematuritas.

3) Nausea D (0076)

Definisi nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Penyebab dari diagnosa ini adalah: gangguan biokimiawi (mis. Uremia,ketoasidosis diabetik), gangguan pada esofagus, distensi lambung, iritasi lambung, gangguan pankreas, peregangan kapsul limpa, tumor terlokalisasi (mis. Neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang dasar tengkorak) dll. Gejala dan tanda mayor subjektif : mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan. Dan tanda gejala minor subjektif : merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, sering menelan. Objektif: saliva meningkat, pucat, diaforesis, takikardia, pupil dilatasi. Kondisi terkait pada diagnosa tersebut adalah: maningitis, labirintis, uremia, ketoasidosis, ulkus peptikum, penyakit esofagus, tumor intraabdomen, penyakit meniere, neuroma akustik, tumor otak, kanker, glaukoma.

c. Intervensi

Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus mampu berpikir kritis dalam merumuskan dan menentukan rencana keperawatan yang nantinya akan di berikan kepada pasien. Rencana keperawatan ini tertulis untuk digunakan sebagai kebutuhan klien jangka panjang. Dalam intervensi ini terdapat intervensi independen dan ada juga intervensi kolaboratif.

Intervensi independen merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lain. Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilakukan dengan bantuan dari tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain (Zebua, 2020).

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
Nyeri Akut	<p>SLK : Tingkat nyeri (L.08066). (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).</p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>a. Keluhan nyeri (5)</p> <p>b. Meringis (5)</p> <p>c. Gelisah (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1. Meningkat</p> <p>2. Cukup meningkat</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup menurun</p> <p>5. Menurun</p>	<p>SIKI : Managemen nyeri (I.08238). (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgesik

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p>															
Hipertemia	<p>Setelah di lakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan:</p> <p>SLKI: Termogulasi Ekspektasi: membaik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>menggigil</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kulit merah Pucat</td> <td>3 3</td> <td>5 5</td> </tr> <tr> <td>Suhu tubuh</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat/membaik 	Kriteria Hasil	IR	ER	menggigil	3	5	Kulit merah Pucat	3 3	5 5	Suhu tubuh	3	5				<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertemia(mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas,penggunaan inkubator) - Monitor suhu tubuh <p>Terapuetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Lakukan pendinginan eksternal(mis.kom pres dingin) - Berikan oksigen jika perlu <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu (inf.paracetamol 500 mg sesuai advice dr)</p>
Kriteria Hasil	IR	ER															
menggigil	3	5															
Kulit merah Pucat	3 3	5 5															
Suhu tubuh	3	5															
Nausea	<p>Setelah di lakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan:</p> <p>SLKI: Tingkat nausea Ekspektasi: menurun</p>	<p>Manajemen mual I.03117</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengalaman mual 															

Kriteria Hasil	IR	ER	
Keluhan mual	3	5	- Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup(mis, nafsu makan,aktivitas , kinerja)
Perasaan ingin muntah	3	5	- Identifikasi penyebab mual(mis.pengobatan dan prosedur)
nafsu makan	3	5	- Monitor mual(frekuensi,durasi)

Keterangan:

1. Meningkat
2. cukup meningkat
3. sedang
4. cukup menurun menurun

Terapeutik:

- Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik
- Berikan makanan dingin , cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna ,jika perlu.

Edukasi:

- Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian antilemetik, jika perlu

Bagan 2.3 Intervensi

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017). Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu

farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri non farmakologi belum berhasil maka akan di lakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh Klien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perlu adanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto et al., 2020). Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang bertujuan untuk melepaskan ketegangan pada otot dan mengurangi emosional. Teknik nafas dalam ini dapat mengurangi nyeri menuju saraf bebas sehingga dapat mengurangi persepsi nyeri (Tamsuri, dalam Zees, 2012 dalam Hermanto et al., 2020).

e. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan

mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan Klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017). Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- S : keluhan secara subjektif yang dirasakan Klien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- O : keadaan objektif Klien yang dapat dilihat oleh perawat
- A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).
- P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

C. EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP)

1. Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam

- a. Definisi Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat

(menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi nafas dalam adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot. Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa relaksasi merupakan metode efektif untuk menurunkan nyeri yang merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dengan mekanismenya yang menghentikan siklus nyeri. (Kemenkes, 2022).

b. Tujuan

Dikutip dari Kemenkes (2022) bahwa tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi *alveoli*, memelihara pertukaran gas, mencegah *atelektasis* paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi setres baik setres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktifitas simpatik dalam sistem saraf otonom. meningkatkan aktifitas komponen saraf parasimpatik vegetatif

secara simultan. Teknik tersebut dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas terhadap rasa nyeri.

c. Indikasi Teknik Relaksasi Nafas Dalam

- 1) Pasien yang mengalami nyeri akut tingkat ringan sampai dengan sedang akibat penyakit yang kooperatif.
- 2) Pasien dengan nyeri kronis
- 3) Nyeri paska operasi
- 4) Pasien yang mengalami stress (Kurniawati, 2019).

d. Kontra Indikasi Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi nafas dalam tidak diberikan pada pasien yang mengalami sesak nafas (Kurniawati, 2019).

e. Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Manfaat relaksasi nafas dalam yaitu terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai.

Selain itu relaksasi nafas dalam juga memiliki keuntungan diantaranya dapat dilakukan setiap saat, kapan saja dan dimana saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien atau klien tanpa media serta dapat merileksasikan otot-otot yang tegang (Ulinnuha, 2017).

f. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut (Kemenkes, 2022) Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam sebagai berikut:

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Membiarakan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selangi istirahat singkat setiap 5 kali

Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

2. Jurnal Penerapan Relaksasi Nafas Dalam

No	Penulis/Tahun	Judul Penelitian	Metode (desain,sampel,variabel, instrumen,analisa)	Hasil
1	Wahyu,Neli Qoniah,2020	Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Intensitas	Desain penelitian ini adalah deskriptif,sampel 2 orang yang mengalami appendicitis,tujuan penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh teknik	Hasil penelitian ini menunjukan adanya penurunan skala nyeri sedang menjadi skala ringan kesimpulan teknik relaksasi nafas dalam dapat

		Nyeri Pada Pasien Appendicitis Di RSUD WATES	relaksasi nafas dalam untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut pada klien <i>appendicitis</i> .	menurunkan intensitas nyeri pada pasien appendicitis
2	Henni Febriawati, Weti Angraini, Maritje Rombe, Yesi 2023	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendicitis Di RSUD DR.M.YUNUS	Jenis penelitian ini adalah Pre eksperimental, Sampel penelitian ini yaitu sebanyak 15 orang pasien yang diambil menggunakan teknik <i>purposive sampling</i>	Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,000 maka ada pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi appendicitis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Hasil penelitian bagi rumah sakit
		BENGKULU		agar dapat mengembangkan serta melakukan pelaksanaan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi post operasi appendicitis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.
3	Hera Tania J, Ria Dila Syahfitri 2021	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendicitis Tahun 2021	penelitian ini menggunakan metode studi literatur review yang menggunakan sumber literatur yang berbentuk buku, artikel ilmiah, khususnya yang terpublikasi. Jumlah responden 30 dengan melakukan pencarian melalui database Google Scholar dari tahun 2013-2020.	Penelitian ini menunjukkan ada perbedaan yang signifikan terhadap penurunan skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam.
4	Botutihe,	Efektivitas	etode penelitian ini	Hasil studi kasus,

	Dwi Esti Handayani, Aswan,2022	Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Appendisitis	termasuk penelitian studi kasus, yang bertujuan untuk mengetahui atau menggambarkan perbedaan antara 2 pasien dalam Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Appendisitis. Penelitian ini menggunakan 40 responden.	didapatkan hasil bahwa kedua responden mengalami penurunan nyeri, Kesimpulan, Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam dapat menurunkan intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Appendisitis
--	--------------------------------	---	---	---

Bagan 2.4 Penerapan jurnal Teknik Relaksasi Nafas Dalam

