

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Nyeri

A. Pengertian

Secara umum nyeri adalah suatu rasa tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri di definisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya di ketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007).

Menurut international association for study of pain (IASP) nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadi kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya nyeri.

B. Jenis nyeri

1. Nyeri akut

Menurut NANDA (2012) nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan jaringan; awitan yang tiba – tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung < 6 bulan.

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, meskipun enam bulan merupakan suatu periode yang dapat berubah untuk membedakan nyeri akut dan nyeri kronis (Smeltzer dan Bare, 2002).

C. Mekanisme neurologik nyeri

Sistem yang terlibat dalam sistem transmisi nyeri dan persepsi nyeri disebut nosiseptif. Sensitivitas terhadap nosiseptif dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor dari setiap individu. Menurut Smeltzer dan Bare (2002) faktor-faktor tersebut dapat meningkatkan sensitivitas komponen yang berbeda dari sistem nosiseptif yang diuraikan sebagai berikut :

a. Transmisi nyeri

1) Reseptor nyeri (*Nosiseptor*)

Menurut Smeltzer dan Bare (2002) reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang merespon hanya pada stimulus yang kuat, yang secara potensial merusak. Stimulus tersebut sifatnya bisa mekanik, termal, kimia, sendi, otot skelet, fascia dan tendon. Nyeri dari organ ini akan diakibatkan dari stimuli reseptor yang kuat yang mempunyai tujuan lain sebagai contoh inflamasi, peregangan, dan iskemia.

Reseptor nyeri merupakan jaras multi arah yang kompleks. Serabut saraf yang bercabang sangat dekat asalnya pada kulit dan mengirimkan cabangnya ke pembuluh lokal, sel-sel mast, polikel rambut dan kelenjar keringat. stimulus serabut ini akan menyebabkan pelepasannya sel-sel mast dan mengakibatkan vasodilatasi. Serabut kutaneus lebih ke arah sentral dari cabang yang lebih jauh dan berhubungan dengan rantai simpatis paravertebra sistem saraf dan dengan organ eksternal yang lebih besar.

Akibat dari hubungan dari saraf ini, nyeri sering disertai dengan vasomotor, otonom, dan viseral. Contoh pasien dengan nyeri akut mungkin mengalami penurunan atau tidak adanya peristaltik saluran gastrointestinal.

1. Mediator kimia nyeri

Menurut smeltzer dan Bare (2002) zat-zat kimia yang meningkatkan transmisi atau persepsi nyeri meliputi histamin, bradikinin, asetilkolin, dan substansi P dan prostaglandin. Endorfin dan Enkefalin yang berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri. Endorfin dan Enkefalin ditemukan dalam konsentrasi yang kuat dalam sistem saraf pusat.

Endorfin dan Enkefalin merupakan zat kimiawi endogen yang di produksi oleh tubuh yang strukturnya serupa dengan opioid (narkotika). Endorfin dan Enkefalin diduga dapat menghambat impuls

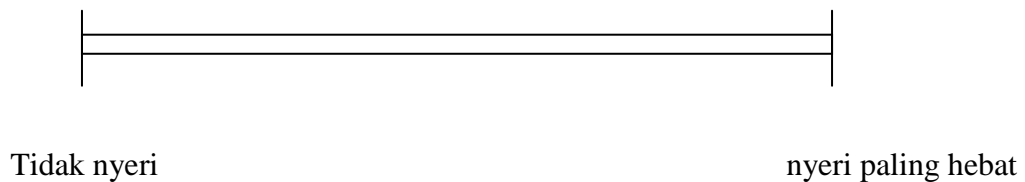
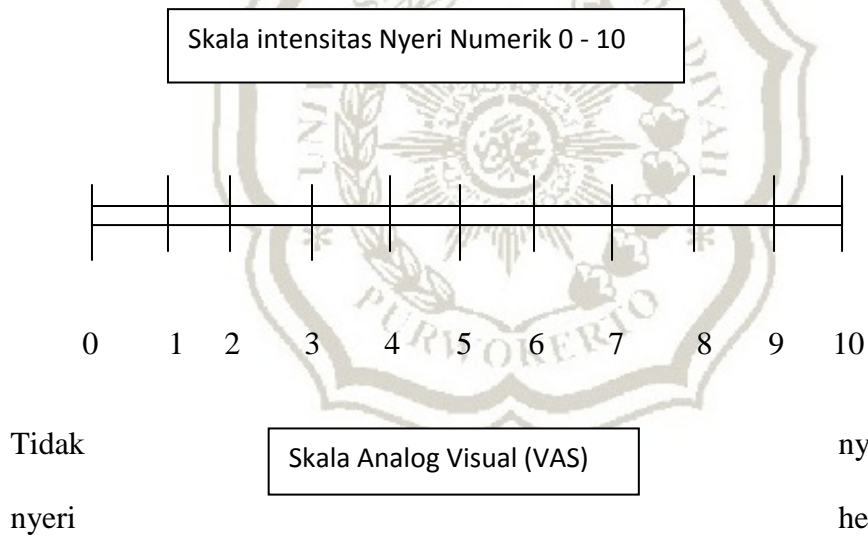
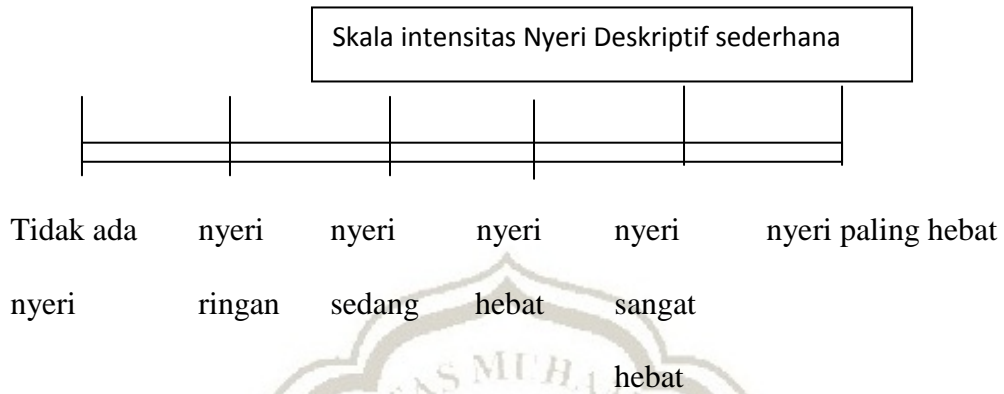
nyeri dengan memblok transmisi ini di dalam otak dan medula spinalis.

2. Kornu dorsalis dan jaras asenden

Menurut Smeltzer dan Bare (2002) kornu Dorsalis dari medula spinalis dianggap sebagai tempat memproses sensori. Serabut perifer (reseptor nyeri) berakhir disini dan perifer Traktus asenden berawal dari sini. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri. Agar nyeri dapat diserap secara sadar neuro pada asenden harus diaktifkan. Dalam kornus dorsalis terdapat interkoneksi neuro yang ketika aktif menghambat atau memutuskan transmisi informasi yang menyakitkan atau menstimulus nyeri dalam jaras asenden. Area ini sering disebut gerbang. Teori kendali nyeri (Wall, 1978 dalam Smeltzer & Bare, 2002) dimana interaksi antara stimulus nyeri dan sensasi lain dan stimulasi serabut ini menghambat atau memblok impuls nyeri melalui sirkuit gerbang penghambat. Sel-sel inhibitori dalam kornu dorsalis medulla spinalis mengandung enkefalin yang dapat menghambat impuls nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

D. Skala nyeri

Menurut Smetlzer dan Bare (2001) skala intensitas nyeri

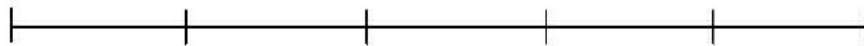


Skala nyeri untuk anak

					
0 tidak sakit	1 Sedikit sakit	2 Agak mengganggu	3 Menggangu aktivitas	4 Sangat mengganggu	5 Tak bertahankan

0 1 2 3 4 5

Tidak nyeri ringan sedang cukup sangat nyeri nyeri hebat



Pengukuran nyeri terdiri dari pengukuran komponen sensorik (intensitas nyeri) dan pengukuran komponen afektif (toleransi nyeri).

1. Pengukuran komponen sensorik

Ada 3 metode yang umumnya digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri yaitu Verbal Rating Scale (VRS), Visual Analogue Scala (VAS), dan Numerical Rating Scale (NRS).

VRS adalah alat ukur yang menggunakan kata sifat untuk menggambarkan level intensitas nyeri yang berbeda, range dari “no pain” sampai “nyeri hebat” (extreme pain). VRS merupakan alat pemeriksaan yang efektif untuk memeriksa intensitas nyeri. VRS biasanya diskore dengan memberikan angka pada setiap kata sifat sesuai dengan tingkat intensitas nyerinya. Sebagai contoh, dengan menggunakan skala 5-point yaitu none (tidak ada nyeri) dengan skore “0”, mild (kurang nyeri) dengan

skore “1”, moderate (nyeri yang sedang) dengan skore “2”, severe (nyeri keras) dengan skor “3”, very severe (nyeri yang sangat keras) dengan skore “4”. Angka tersebut berkaitan dengan kata sifat dalam VRS, kemudian digunakan untuk memberikan skore untuk intensitas nyeri pasien.

Beberapa keterbatasan VRS adalah adanya ketidakmampuan pasien untuk menghubungkan kata sifat yang cocok untuk level intensitas nyerinya, dan ketidakmampuan pasien yang buta huruf untuk memahami kata sifat yang digunakan.

Numeral Rating Scale adalah suatu alat ukur yang meminta pasien untuk menilai rasa nyerinya sesuai dengan level intensitas nyerinya pada skala numeral dari 0 – 10 atau 0 – 100. Angka 0 berarti “no pain” dan 10 atau 100 berarti “severe pain” (nyeri hebat). Dengan skala NRS-101 dan skala NRS-11 point, dokter/terapis dapat memperoleh data basic yang berarti dan kemudian digunakan skala tersebut pada setiap pengobatan berikutnya untuk memonitor apakah terjadi kemajuan.

VAS adalah alat ukur lainnya yang digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri dan secara khusus meliputi 10-15 cm garis, dengan setiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri (ujung kiri diberi tanda “no pain” dan ujung kanan diberi tanda “bad pain” (nyeri hebat). Pasien diminta untuk menandai disepanjang garis tersebut sesuai dengan level intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Kemudian jaraknya diukur dari batas kiri sampai pada tanda yang diberi oleh pasien (ukuran mm), dan

itulah skorenya yang menunjukkan level intensitas nyeri. Kemudian skore tersebut dicatat untuk melihat kemajuan pengobatan/terapi selanjutnya. Secara potensial, VAS lebih sensitif terhadap intensitas nyeri daripada pengukuran lainnya seperti VRS skala 5-point karena responnya yang lebih terbatas (Jensen et.al, 1986) .

Nyeri merupakan salah satu gangguan yang sering kita rasakan, namun sedikit yang tau apakah nyeri kita termasuk ringan atau berat. Biasanya seorang dokter akan menanyakan tingkat nyeri yang kita rasakan merdasarkan urutan angka dari 0-10, sehinga terapi yang diberikan akan tepat pada sasaran, dan tidak melebihi dosis yang dibutuhkan.

Berikut ini ukuran skala nyeri dari 0-10

	SKALA NYERI
0	Tidak nyeri
1	Seperti gatal, tersetrum / nyut-nyut
2	Seperti melilit atau terpukul
3	Seperti perih
4	Seperti keram
5	Seperti tertekan atau tergesek
6	Seperti terbakar atau ditusuk-tusuk
7 – 9	Sangat nyeri tetapi dapat dikontrol oleh klien dengan aktivitas yang biasa dilakukan.
10	Sangat nyeri dan tidak dapat dikontrol oleh klien.
Keterangan :	1 – 3 (Nyeri ringan) 4 – 6 (Nyeri sedang) 7 – 9 (Nyeri berat) 10 (sangat nyeri)

E. Faktor faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Usia

Menurut Potter & Perry (1993) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan 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 (Tamsuri, 2007).

b. Jenis kelamin

Gill (1990) mengungkapkan 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. Penelitian yang dilakukan Burn, dkk. (1989) dikutip dari Potter & Perry, 1993 mempelajari kebutuhan narkotik post operative pada wanita lebih banyak dibandingkan dengan pria.

c. 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 (Calvillo & Flaskerud, 1991).

d. Ansietas

Meskipun pada umumnya diyakini bahwa ansietas akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stres praoperatif menurunkan nyeri saat pascaoperatif. Namun, ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Smeltzer & Bare, 2002).

e. Pengalaman masa lalu dengan nyeri

Efek yang tidak diinginkan yang diakibatkan dari pengalaman sebelumnya menunjukkan pentingnya perawat untuk waspada terhadap pengalaman masa lalu pasien dengan nyeri. Jika nyerinya teratasi dengan tepat dan adekuat, individu mungkin lebih sedikit ketakutan terhadap nyeri dimasa mendatang dan mampu mentoleransi nyeri dengan baik (Smeltzer & Bare, 2002).

f. Efek plasebo

Efek plasebo terjadi ketika seseorang berespon terhadap pengobatan atau tindakan lain karena sesuatu harapan bahwa pengobatan tersebut benar benar bekerja. Menerima pengobatan atau tindakan saja sudah merupakan efek positif.

Harapan positif pasien tentang pengobatan dapat meningkatkan keefektifan medikasi atau intervensi lainnya. Seringkali makin banyak petunjuk yang diterima pasien tentang keefektifan intervensi, makin efektif intervensi tersebut nantinya. Individu yang diberitahu bahwa suatu medikasi diperkirakan dapat meredakan nyeri hampir pasti akan mengalami peredaan nyeri dibanding dengan pasien yang diberitahu bahwa medikasi yang didapatnya tidak mempunyai efek apapun. Hubungan pasien –perawat yang positif dapat juga menjadi peran yang amat penting dalam meningkatkan efek plasebo (Smeltzer & Bare, 2002).

g. Keluarga dan Support Sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Potter & Perry, 1993).

h. Pola koping

Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien.

Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdo'a, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang (Potter & Perry, 1993).

F. Batasan karakteristik nyeri

Batasan karakteristik menurut NANDA (2012) cemas (ansietas) yaitu **perilaku** (penurunan produktifitas, gelisah, melihat sepintas, insomnia dan kontak mata yang buruk, mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup, agitasi, mengintai dan tampak waspada), **afektif** (gelisah, kesediahan yang mendalam, distres, ketakutan, perasaan tidak adekuat, berfokus pada diri sendiri, peningkatan kewaspadaan, iritabilitas, gugup dan senang berlebihan, rasa nyeri yang meningkatkan

ketidakberdayaan, peningkatan rasa ketidakberdayaan yang konsisten, bingung, menyesal, ragu dan khawatir), **fisiologis** (wajah tegang, peningkatan keringat, peningkatan ketengangan, gemetar, tremor dan suara gemetar).

Batasan karakteristik menurut Taylor dan Ralph (2010) yaitu **afektif** seperti gugup, khawatir, berfokus pada diri sendiri, perasaan ketidakadekuatan, rasa takut dan cemas, **perilaku** , seperti penurunan produktifitas sangat berhati – hati, kontak mata kurang, kegelisahan, pandangan sekilas, pergerakan yang takreleven (seperti nyeri kaki, pergerakan lengan atau tangan), **kognitif**, seperti konfusi dan preokupasi, objektif, seperti gemetar atau tremor pada tangan, insomnia, psikologis, seperti suara bergetar, peningkatan respirasi dan nadi, dilatas pupil, gangguan tidur, keringat berlebihan dan wajah kemerahan, subjektif, seperti gemetar, khawatir dan sangat menyesal.

2. Hemikolektomi

Hemikolektomi adalah Suatu tindakan pembedahan dengan mengangkat sebagian dari kolon beserta pembuluh darah dan saluran limfe (Sjamsuhidayat, 2005)

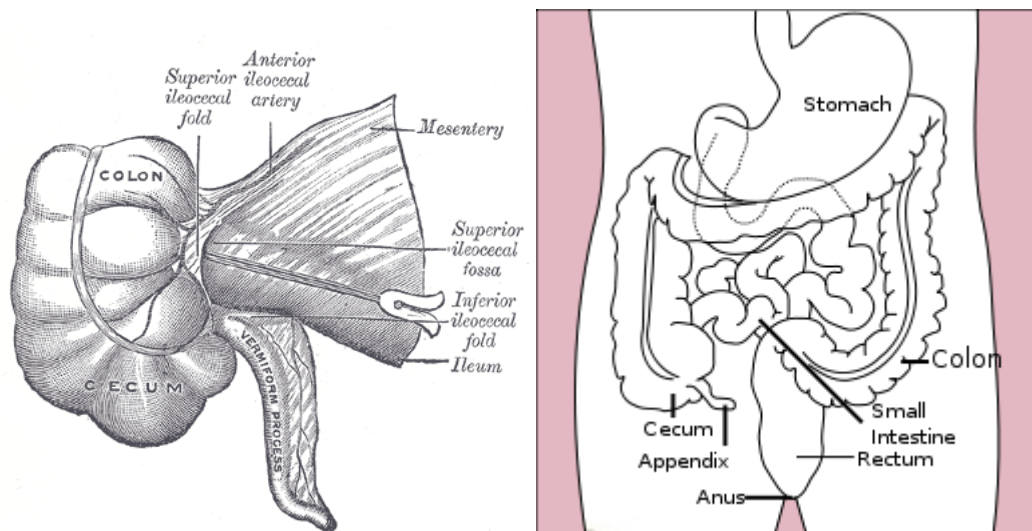
3. Tumor Sekum

1. Pengertian

Tumor sekum adalah sekelompok sel yang mendadak menjadi liar (abnormal) yang berkembang biak dengan sangat cepat tidak terkendali, sehingga menimbulkan pembengkakan atau tonjolan pada bagian sekum (Nugroho, 2009).

2. Anatomi dan Fisiologi

Sekum adalah bagian dari usus besar, terletak di bagian kanan *fosa iliaka*. Sekum merupakan bagian yang berdilatasi dengan bagian bawah yang buntu, sedangkan bagian atas menyambung dengan kolon asenden dan tempat perpotongannya merupakan tempat terbuka ke dalam ileum dan disebut dengan *katup ileo-sekum*. Di bawah muara ileum. Katup ini merupakan *sfincter* dan berfungsi mencegah isi sekum masuk kembali ke dalam ileum. Dengan masuknya makanan ke dalam lambung kontraksi duodenum dimulai dan usus halus beristirahat, diikuti pasase ileum ke dalam sekum melalui *katup ileo-sekum*. Hal ini disebut *reflex gastro ileum* (Watson, 2002).



Gambar 1.1. Anatomi Secum

Menurut Priyanto (2008), sekum (caecum) adalah tempat bermuaranya sisa makanan yang telah diserap oleh usus halus melalui valvula baukuni. Terletak di abdomen sebelah kanan bawah. Di bagian bawah sekum terdapat apendiks vermiformis yang berbentuk seperti cacing sehingga disebut umbai cacing dengan panjang kurang lebih 6 cm.

3. Etiologi

Menurut Rhodes (2011), sekitar 90 % dari risiko tumor sekum dianggap karena faktor makanan, dan 10 % lainnya karena faktor genetik.

1. Faktor makanan

Faktor yang meningkatkan risiko tumor sekum belum jelas. Populasi dengan asupan tinggi serat cenderung memiliki risiko rendah terhadap tumor sekum. Namun, hasil studi terhadap orang yang mempunyai polip/tumor dalam sekum, dengan diberi diet tinggi serat hasilnya mengecewakan.

Efek menguntungkan dari serat tidak hanya membantu dalam proses defekasi. Bukti menunjukkan bahwa serat sayur lebih protektif terutama serat sereal terhadap tumor/kanker sekum. Penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa bahan kimia tertentu pada sayuran, misalnya isothiocyanate (misalnya dalam kubis, brokoli, kembang kol) diduga protektif terhadap tumor sekum.

Asupan tinggi kalori dan daging merah serta obesitas merupakan faktor risiko untuk tumor sekum. Pendekatan terbaik untuk risiko rendah terkena tumor sekum adalah:

- a) Diet tinggi sayuran hijau, terutama kol, brokoli atau kembang kol.
- b) Diet rendah daging merah, khususnya daging yang dibakar karena mengandung bahan kimia yang disebut amina siklik yang meningkatkan resiko terkena kanker sekum..
- c) Melakukan olah raga teratur dan menjaga berat badan normal.

2. Faktor genetik

Kurang lebih 10 persen dari tumor sekum memiliki faktor genetik yang kuat. Kondisi ini disebabkan oleh mutasi pada salah satu dari sedikitnya lima gen yang berbeda. Gen ini membawa instruksi untuk protein yang dapat memperbaiki DNA yang rusak.

Gen dari jenis tumor adalah autosomal dominan, yang berarti bahwa separuh anak-anak dari seseorang dengan tumor sekum

beresiko mewarisi gen tersebut. Ketika gen ini rusak, perbaikan DNA tidak terjadi, dan DNA mutan terakumulasi dalam sel, sangat meningkatkan risiko tumor sekum.

4. Patofisiologi

Penyebab tumor pada saluran cerna bagian bawah tidak diketahui secara pasti. Polip dan ulserasi colitis kronis dapat berubah menjadi ganas tetapi dianggap bukan sebagai penyebab langsung. Asam empedu dapat berperan sebagai karsinogen yang mungkin berada di kolon. Hipotesa penyebab yang lain adalah meningkatnya penggunaan lemak yang bisa menyebabkan kanker kolorektal (Price & Wilson, 1995).

Tumor-tumor pada sekum dan kolon asendens merupakan lesi yang pada umumnya berkembang dari polip yang meluas ke lumen, kemudian menembus dinding kolon dan jaringan sekitarnya. Penyebaran tumor terjadi secara limfogenik, hematogenik atau anak sebar. Hati, peritonium dan organ lain mungkin dapat terkena (Price & Wilson, 1995).

Menurut P. Deyle perkembangan karsinoma kolorektal dibagi atas 3 fase. Fase pertama ialah fase karsinogen yang bersifat rangsangan, proses ini berjalan lama sampai puluhan tahun. Fase kedua adalah fase pertumbuhan tumor tetapi belum menimbulkan keluhan (asimtomatis) yang berlangsung bertahun-tahun juga. Kemudian fase ketiga dengan timbulnya keluhan dan gejala yang nyata. Keluhan dan gejala tersebut berlangsung perlahan-lahan dan tidak sering, sehingga penderita umumnya

merasa terbiasa dan menganggap enteng saja sehingga penderita biasanya datang berobat dalam stadium lanjut (Soeparman, 1994)

5. Tanda dan Gejala

Seseorang yang diduga terkena tumor sekum biasanya mengalami gejala-gejala sebagai berikut ([Deherba, 2012](#))

1. Mengalami perubahan frekuensi buang air besar, bisa lebih sering buang air besar atau lebih jarang
2. Tinja (feses) bercampur dengan darah
3. Terjadi penurunan berat badan yang cepat
4. Mudah lelah atau capek yang tidak ketahuan penyebabnya
5. Sering mual dan muntah
6. Sering mengalami nyeri perut

Tumor sekum seringkali tidak menunjukkan gejala yang jelas. Gejala yang paling sering dialami oleh orang yang mengalami tumor sekum adalah anemia (defisit Fe). Hal tersebut terjadi karena terjadi kehilangan darah yang samar melalui feses (Grace, 2006). Menurut (Rubenstein , 2007) karsinoma sekum lebih sering menimbulkan anemia dan jarang sekali dijumpai perdarahan.

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk mendeteksi adanya tumor sekum adalah (Baughman, 2000).

a. Pemeriksaan saluran cerna (rektal) antara lain

- Pemeriksaan darah samar

Menurut Muscari (2005) adanya tumor/polip biasanya ditandai dengan gejala perubahan kebiasaan BAB atau berak bercampur darah baik dalam jumlah sedikit maupun banyak.

- Barium enema

dapat digunakan untuk mendeteksi lesi, obstruksi dan masalah motilitas system GI bagian bawah.

- Proktosigmoidoskopi, kolonoskopi

merupakan prosedur endoskopi GI bagian bawah yang dilakukan untuk mengevaluasi kolon dan sekum

b. Pemeriksaan antigen karsinoembrionik (CEA) sangat baik sebagai indikator kekambuhan

7. Penatalaksanaan

a) Medis

1) Operasi

Dilakukan apabila tumor yang dijumpai masih jinak dan di ketahui pada stadium dini

2) Radiasi

Menggunakan sinar X atau sinar gamma untuk merusak sel-sel yang tumbuh secara tidak normal (sel tumor)

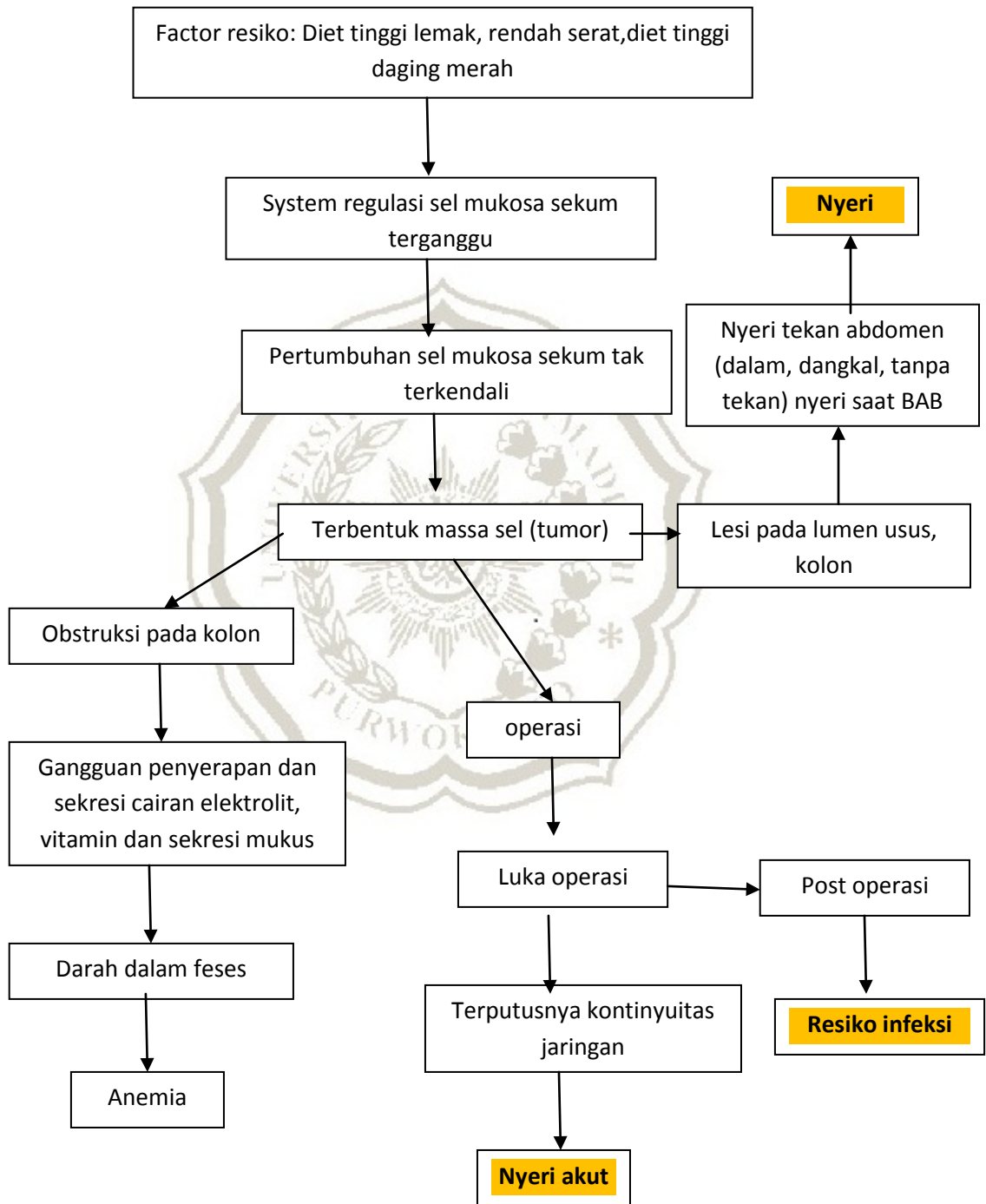
3) Kemoterapi

- a. Langkah ini dilakukan apabila tumor sudah bersifat ganas dan bermetastasi ke jaringan lain.



Gambar 1.2

Pathways



2. Keperawatan

Pra operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (peradangan dan obstruksi) pada sekum

Tujuan dan kriteria hasil

NOC : Level nyeri, kontrol nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien

- Nyeri berkurang
- Pasien menyatakan perasaan nyaman berkurangnya nyeri
- Skala nyeri berkurang
- Ekspresi nyeri lisan atau wajah
- Posisi tubuh melindungi
- Kegelisahan atau ketegangan otot
- Perubahan kecepatan pernafasan

Intervensi

NIC : Medicasi management, pain management dan analgetik management

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif

Rasional : Mengetahui lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri

Pengkajian berlanjut membantu

- Observasi ketidaknyamanan non verbal
- Kaji skala nyeri
- Gunakan teknik komunikasi terapeutik saat berkomunikasi

- Evaluasi pengalaman nyeri
- Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri
- Ajarkan teknik relaksasi
- Kolaborasi medis akan memberikan analgetik

Post operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (peradangan dan obstruksi) pada sekum.

Tujuan dan kriteria hasil :

NOC : Level nyeri, kontrol nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien :

- Nyeri berkurang
- Pasien menyatakan perasaan nyaman berkurangnya nyeri
- Skala nyeri berkurang
- Ekspresi nyeri lisan atau wajah
- Posisi tubuh melindungi
- Kegelisahan atau ketegangan otot
- Perubahan kecepatan pernafasan

Intervensi

NIC : Medicasi management, pain management dan analgetic management

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif

Rasional : mengetahui lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri

Pengkajian berlanjut membantun

- Observasi ketidaknyamanan non verbal
 - Kaji skala nyeri
 - Gunakan teknik komunikasi terapeutik saat berkomunikasi
 - Evaluasi pengalaman nyeri
 - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri
 - Ajarkan teknik relaksasi
 - Kolaborasi medis akan memberikan analgetik
2. Cemas berhubungan dengan krisis situasional akibat perubahan keadaanya

Tujuan dan kriteria hasil :

NOC : Control kecemasan dan coping

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien

- Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas
- Vital sign
- Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya tingkat kecemasan

Intervensi :

NIC: Anxiety reduction (penurunan kecemasan)

- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan

- Libatkan keluarga untuk mendampingi klien
 - Instruksikan pada pasien untuk menggunakan teknik relaksasi
 - Dengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian
 - Identifikasi tingkat kecemasan
 - Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
 - Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan
persepsi
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor eksternal

Tujuan dan kriteria hasil

NOC : Tissue integrity, status nutrisi, tissue perfusion, dialysis acces
integrity

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien

- Integritas kulit baik bias dipertahankan
- Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan
- Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit
- Status nutrisi adekuat
- Sensasi dan warna kulit normal

Intervensi

NIC: Pressure management

- Anjurkan pasien menggunakan pakean longgar
 - Hindari kerutan pada tempat tidur
 - Jaga kebersihan kulit
 - Mobilisasi pasien
 - Monitor kulit (adanya kemerahan)
 - Oleskan lotion pada daerah yang tertekan
 - Monitor status nutrisi
4. Resiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi

Tujuan dan kriteria hasil

- NOC :
- Pengetahuan tentang resiko
 - Meningkatkan penyembuhan luka dengan benar
 - Bebas dari tanda-tanda infeksi
 - Mengenali perubahan status kesehatan

Intervensi

NOC : Infection control

- Awasi tanda-tanda vital.
- Lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka yang aseptik
- Observasi keadaan luka dan insisi.
- Kolaborasi dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi
-