

**STUDI DESKRIPTIF RESPON NYERI PADA ASUHAN
KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI DEBRIDEMENT
ABSES SUB OCCIPITAL SINISTRA**



Disusun Sebagai Tugas Akhir
Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan

Disusun Oleh :
Adelia Putri Rahmahardani
D3A2022.001

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

STUDI DESKRIPTIF RESPON NYERI PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI DEBRIDEMENT ABSSES SUB OCCIPITAL SINISTRA

Adelia Putri Rahmahardani

ABSTRAK

Latar Belakang. Prosedur debridement yaitu tindakan pembedahan untuk mengangkat jaringan yang terinfeksi atau mati. Abses ialah infeksi yang berasal dari kelenjar sebacea atau folikel rambut melibatkan jaringan subkutan, yang menyebabkan pus terkumpul dan tertahan di bawah dermis dan jaringan kulit yang lebih dalam. Abses suboksipital adalah kondisi langka yang ditandai dengan akumulasi nanah akibat infeksi di daerah suboksipital, yaitu bagian belakang bawah kepala. Masalah keperawatan yang mungkin timbul pada pasien post operasi debridement salah satunya nyeri. Nyeri pasca operasi harus segera ditangani karena dapat menyebabkan trauma dan komplikasi pasien tersebut.

Tujuan. Mengetahui gambaran respon nyeri pada asuhan keperawatan masalah nyeri pada pasien dengan post operasi debridement abses sub occipital sinistra.

Metode. Desain penulisan laporan karya ilmiah ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Populasi adalah seluruh pasien post debridement yang dirawat di ruang Sido Asih RSUD IBU FATMAWATI SOEKARNO, dengan sampel 1 (satu) kasus yang diambil secara acak (simple random sampling).

Hasil. Hasil pengkajian ditemukan nyeri bagian leher belakang, nyeri terus menerus, skala nyeri 8. Diagnosa keperawatan prioritas adalah nyeri akut. SLKI: tingkat nyeri. SIKI: manajemen nyeri. Tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan skala nyeri, memberikan program terapi analgetik. Adapun hasil evaluasi pasien dapat menunjukkan tingkat nyeri yang menurun.

Kesimpulan. Asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh penulis sesuai dengan buku pedoman SDKI, SLKI, dan SIKI. Serta relevan dengan teori yang ada.

Kata Kunci : *asuhan keperawatan, nyeri.*

**DESCRIPTIVE STUDY OF PAIN RESPONSE IN NURSING
CARE OF POST-SURGERY DEBRIDEMENT OF SINIC
SUB OCCIPITAL ABSCESS PATIENTS**

Adelia Putri Rahmahardani

ABSTRACT

Background. Debridement procedure is a surgical procedure to remove infected or dead tissue. An abscess is an infection originating from the sebaceous glands or hair follicles involving the subcutaneous tissue, which causes pus to collect and become trapped beneath the dermis and deeper skin tissue. A suboccipital abscess is a rare condition characterized by the accumulation of pus due to infection in the suboccipital area, which is the lower back of the head. One of the nursing problems that may arise in patients after debridement surgery is pain. Postoperative pain must be treated immediately because it can cause trauma and complications for the patient.

Objective. Knowing the description of pain response in nursing care for pain problems in patients with post-operative debridement of left suboccipital abscess.

Method. The design of this scientific paper report is descriptive using a case study approach. The population is all post-operative debridement patients treated in the Sido Asih room of IBU FATMAWATI RSUD SOEKARNO, with a sample of 1 (one) case taken randomly (simple random sampling).

Results. The results of the assessment found pain in the back of the neck, continuous pain, pain scale 8. The priority nursing diagnosis is acute pain. SLKI: pain level. SIKI: pain management. The actions taken are to identify the location, characteristics, duration and scale of pain, provide an analgesic therapy program. The results of the patient's evaluation can show a decreasing level of pain.

Conclusion. Nursing care determined by the author is in accordance with the SDKI, SLKI and SIKI guidebooks. And relevant to existing theories.

Keywords: *nursing care, pain.*

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH :
STUDI DESKRIPTIF RESPON NYERI PADA ASUHAN KEPERAWATAN
PASIEEN POST OPERASI DEBRIDEMENT ABSES
SUB OCCIPITAL SINISTRA

OLEH

ADELIA PUTRI RAHMAHARDANI
NIM. D3A2022.001

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji
Pada tanggal 26 Mei 2025
Dan telah diperbaiki sesuai masukan Penguji
Sehingga dapat memenuhi syarat untuk diterima

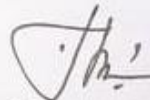
Susunan Tim Penguji

Ketua Tim Penguji

Tim



Tunjung Sri Yulianti, S.Kep., Ns., M.Kes. 1. Diyono, S.Kep., Ns., M.Kes.



2. Ditya Yankusuma Setiani, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sukoharjo, 09 Juni 2025

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANTI KOSALA
KETUA,



Ratna Indriati, A., M.Kes.

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan
pada ujian sidang karya tulis ilmiah program studi Diploma III
Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA
Disetujui pada tanggal : Mei 2025

Pembimbing

(Ibu Sri Aminingsih, S.Kep., Ns., M.Kes)

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Adelia Putri Rahmahardani

NIM : D3A2022.001

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul **“Studi Deskriptif Respon Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Post Operasi Debridement Abses Sub Occipital Sinistra”** adalah benar-benar karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya dalam laporan karya tulis ilmiah ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang sudah ditentukan.

Sukoharjo, Mei 2025

Yang membuat pernyataan,

Adelia Putri Rahmahardani

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan anugerah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “ Studi Deskriptif Respon Nyari Pada Asuhan Keperawatan Pasien Post Debridement Abses Sub Occipital Sinistra”. Karya tulis ilmiah ini dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala tahun akademik 2025.

Penulisan karya tulis ilmiah ini dapat penulis selesaikan berkat bantuan banyak pihak. Untuk itu, perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ratna Indriati, A., M. Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala.
2. dr. Tutik Asmi, selaku Direktur Utama RUMAH SAKIT IBU FATMAWATI SOEKARNO KOTA SURAKARTA
3. Bapak Budi Kristanto, S. Kep., Ns., M. Kep., selaku Pjs. Kaprodi D3 Keperawatan
4. Ibu Sri Aminingsih, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku dosen pembimbing karya ilmiah.
5. Bapak Ibu penguji Ujian Sidang karya tulis ilmiah ini.
6. Keluarga tercinta yang telah memberikan motivasi dan dukungan baik material maupun spiritual sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
7. Semua teman-temanku yang telah bersedia membantu dalam karya tulis ilmiah ini dan saling bertukar informasi.

Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat berguna bagi semua pihak.

Sukoharjo, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	li
ABSTRACT	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Nyeri	8
B. Konsep Post Debridement Sub Occipital Sinistra	38
BAB III METODE PENELITIAN.....	47
A. Desain Penelitian	47
B. Subyek Penelitian	47
C. Fokus Penelitian	47
D. Definisi Operasional	48
E. Instrumen Pengumpulan Data	48
F. Metode Pengumpulan Data.....	48
G. Analisa Data	49
H. Tempat dan Waktu	49
I. Ruang Lingkup	50
BAB IV RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN.....	51
A. Resume Kasus.....	51
B. Pembahasan.....	71
BAB V PENUTUP	83
A. Kesimpulan	83
B. Implikasi Keperawatan	84
DAFTAR PUSTAKA.....	85

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Alviani et al., (2024), abses ialah infeksi yang berasal dari kelenjar sebacea atau folikel rambut melibatkan jaringan subkutan, yang menyebabkan pus terkumpul dan tertahan di bawah dermis dan jaringan kulit yang lebih dalam. Penyebab terbentuknya abses pada umumnya disebabkan oleh bakteri *Staphylococcus aureus*. Secara klinis ditandai adanya nyeri, panas, berfluktuasi, merah tua, gatal dan biasanya dibawah epidermis. Infeksi menyebar dan semakin parah didukung oleh garukan atau pemecahan nanah atau push serta tingginya kadar glukosa dalam darah. Debridemen bedah merupakan penatalaksanaan medis awal untuk mengatasi abses yang menyebabkan perlukaan. Diperlukan perawatan luka untuk membantu mempercepat proses penyembuhan, mengurangi resiko infeksi, dan absorpsi cairan luka (Alviani et al., 2024).

Menurut World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit di 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik menunjukkan adanya kasus infeksi yang disebabkan oleh infeksi *Staphylococcus Aureus* yang menyebabkan abses (Hassoun dkk., 2017). Menurut penelitian (Kusumawati et al., 2022), pria lebih banyak yang mengalami abses daripada wanita, kemungkinan karena pola

merokok. Sekitar 75% penderita abses adalah pria. Abses yang paling sering ditemukan adalah abses mandibula 35%, abses parafaringeal 20%, abses mastikator 13%, abses peritonsillar 9%, dan sisanya adalah abses lainnya.

Abses sub occipital merupakan kondisi infeksi yang menyebabkan penumpukan nanah di daerah otot sub occipital, yang letaknya dekat dengan jaringan saraf kranial dan pembuluh darah penting. Proses inflamasi dan pembedahan di area ini dapat menimbulkan nyeri yang cukup berat, baik selama maupun setelah prosedur. (Furdato et. al., 2022)

Menurut Anggraini (2016) sebagaimana yang dikutip Mediarti, et al. (2022), keluhan yang sering timbul pasca pembedahan (post operasi) adalah pasien merasakan nyeri yang hebat dan mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat nyeri yang tidak adekuat. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan prevalensi pasien yang mengalami nyeri berat setelah melakukan operasi sekitar 50 % dan 10 % pasien mengalami nyeri sedang sampai berat. Hasil penelitian Rustiawati, et al. (2022), yang berjudul “Efektifitas Teknik Relaksasi Napas dan Imajinasi Terbimbing terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Pasca Operasi di Ruang Bedah”, menunjukkan ada perbedaan rerata intensitas nyeri terhadap pasien pasca operasi pada kelompok intervensi sebelum dilakukan perlakuan dan sesudah dilakukan perlakuan teknik relaksasi napas dan imajinasi terbimbing (p value = 0,0001).

Nyeri debridement didefinisikan sebagai kondisi yang terjadi karena adanya trauma dari proses inflamasi nyeri seringkali bertambah pada saat bergerak. Nyeri debridement bersifat individual, tindakan yang sama pada penderita hampir sama dengan kondisi seseorang yang tidak selalu merasakan nyeri yang sama. Respon nyeri merupakan salah satu respons fisiologis tubuh terhadap adanya kerusakan jaringan, dan merupakan keluhan yang paling sering dialami oleh pasien pasca tindakan pembedahan, termasuk setelah debridement yang bertujuan untuk membersihkan jaringan mati, terinfeksi, atau tidak sehat guna mempercepat proses penyembuhan luka. Salah satu area yang dapat mengalami abses adalah bagian sub occipital sinistra, yaitu area di bagian belakang kepala sebelah kiri. Abses pada daerah ini bisa menimbulkan rasa nyeri hebat akibat tekanan pada jaringan dan saraf di sekitarnya. Menurut Frescos (2020), nyeri yang berhubungan dengan luka seringkali tidak bisa dinilai. Perawat cenderung menilai nyeri pada luka dengan sebelum, selama, dan setelah dilakukannya debridement serta mengajukan pertanyaan jika, kapan, dan bagaimana rasa nyeri saat dinilai untuk menentukan penyebab mempengaruhi pengalaman nyeri (Lailatul Badriah et al., 2023).

Setelah dilakukan debridement pada abses sub occipital sinistra, pasien umumnya akan merasakan nyeri yang bervariasi intensitasnya. Rasa nyeri ini dapat mengganggu istirahat, menurunkan nafsu makan, menghambat mobilisasi, bahkan mempengaruhi kondisi psikologis

pasien. Oleh karena itu, peran perawat sangat penting dalam mengidentifikasi dan mengelola nyeri secara efektif untuk mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Asuhan keperawatan yang tepat dalam menangani nyeri pasca debridement perlu dilakukan secara menyeluruh, mulai dari pengkajian intensitas nyeri, lokasi, hingga faktor yang memperberat atau memperingan nyeri. Selain itu, edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai cara mengatasi nyeri serta pentingnya kepatuhan terhadap terapi juga menjadi bagian penting dalam proses perawatan.

Nyeri pasca operasi harus cepat ditangani karena dapat menyebabkan trauma dan komplikasi di pasien tersebut. Pasien pasca operasi yang mengalami nyeri akibat dari diskontinuitas jaringan atau luka operasi akibat adanya insisi dari proses pembedahan serta akibat dari posisi yang harus dipertahankan selama prosedur pasca operasi itu sendiri. Dari segi pasien, beratnya rasa nyeri setelah operasi dipengaruhi psikis ataupun emosi, fisik dari karakter serta sosial maupun pengalaman dari masa lalu kepada rasa nyeri (Lubis dan Sitepu, 2021).

Berdasarkan pengalaman penulis dalam merawat pasien pasca operasi, masalah keperawatan yang sering muncul yaitu nyeri pada luka operasi. Nyeri yang tidak terkontrol dapat menyebabkan beberapa permasalahan, mulai dari peningkatan respon stress hingga keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Nyeri disebabkan oleh proses penyembuhan pasca operasi, dimana tubuh sedang memulihkan diri

dari intervensi bedah. Pasien juga biasanya mengalami keluhan lain seperti mual, muntah, tidak bisa tidur, atau ketidaknyamanan umum.

Mencermati paparan di atas, dapat diketahui bahwa nyeri merupakan gangguan rasa nyaman yang dapat menyebabkan trauma dan komplikasi pada pasien. Oleh karena itu penulis menjadikan masalah nyeri pada asuhan keperawatan pasien dengan post operasi debridement abses sub occipital sinistra sebagai fokus bahasan dalam laporan karya tulis ilmiah ini.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada Laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Gambaran Respon Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Debridement Abses Sub Occipital Sinistra di Rumah Sakit Umum Daerah Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta?”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran respon nyeri pada asuhan keperawatan post debridement abses sub occipital sinistra.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui teknik pengkajian nyeri (PQRST) pada pasien dengan post debridement abses sub occipital sinistra.
- b. Mengetahui manajemen nyeri pada pasien post debridement abses sub occipital sinistra.

- c. Mengetahui respon pasien post debridement abses sub occipital sinistra terhadap nyeri.
- d. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri pada pasien post debridement abses sub occipital sinistra.
- e. Mengetahui jenis nyeri pada pasien post debridement abses sub occipital sinistra

D. Manfaat Penulisan

Laporan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak meliputi:

1. Rumah Sakit

Sebagai masukan dan referensi dalam upaya peningkatan kualitas respon nyeri pada asuhan keperawatan post debridement abses sub occipital sinistra.

2. Pengembangan Ilmu

Diharapkan dapat menambah materi keperawatan secara klinis sebagai bahan pembelajaran dan pengembangan ilmu pada mata kuliah keperawatan dasar tentang diagnosa keperawatan dan keperawatan medical bedah tentang post debridement abses sub occipital sinistra.

3. Perawat

Diharapkan perawat mampu mengaplikasikan teori yang sudah ada ini untuk memberikan asuhan keperawatan yang

tepat pada pasien dengan post debridement abses sub occipital sinistra.

4. Bagi Pasien dan Masyarakat

Laporan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah ilmu, wawasan, dan pengetahuan klien, keluarga klien, serta masyarakat disekitarnya tentang asuhan keperawatan masalah nyeri pada pasien dengan post debridement abses sub occipital sinistra.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Menurut Suwondo, Meliala dan Sudadi (2017:16), berdasarkan kutipan dari IASP (International Association of the Study of Pain), suatu perkumpulan nyeri sedunia yang mendefinisikan nyeri sebagai *“an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage”*. Nyeri adalah rasa indrawi dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi rusak atau tergambarkan seperti adanya kerusakan jaringan.

Menurut Mc Caffery (1979) sebagaimana dikutip oleh Zakiyah (2015) nyeri didefinisikan sebagai suatu fenomena yang sulit dipahami, kompleks, dan bersifat misteri yang memengaruhi seseorang, serta eksistensinya diketahui bila seseorang mengalaminya.

Menurut Kozier dan Erb (1983) sebagaimana dikutip oleh Zakiyah (2015) nyeri adalah sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai suatu penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi yang nyata, ancaman, dan fantasi luka

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) (1979) sebagaimana dikutip oleh Zakiyah (2015) nyeri adalah pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan dalam ragam yang menyangkut kerusakan atau sesuatu yang digambarkan dengan kerusakan.

2. Anatomi Fisiologi Nyeri

Menurut Suwondo, Meliala dan Sudadi (2017:25-35), Anatomi nyeri terbagi atas:

a. Afferen primer

Neuron sensoris dalam ganglia radiks dorsalis mempunyai proses tunggal (glomerulus) yang bercabang menjadi akson perifer (saraf) dan pusat (radiks) akson perifer menampung asupan sensoris ke medulla spinalis atau batang otak. Serabut A-Beta diameter besar dan bermielin, dan kecepatan konduksi cepat. Serabut A-Delta berdiameter kecil dan bermielin, mempunyai konduksi lambat. Serabut C kecil dan tidak bermielin, konduksi sangat lambat.

b. Neuron cornu dorsalis

Walaupun sangat kompleks, elemen tanggap nyeri lapis kedua pada cornu dorsalis dipertibangkan dapat dibagi dalam sifat responnya:

1) Nociceptiv spesifik

Neuron lamina I cenderung menerima utamanya masukan ambang tinggi (afferent keai). Oleh karenanya, dimulai dengan intensitas rangsang yang relatif tinggi.

2) Neuron WDR (Wide Dynamic Range)

Rangsangan radiks mengaktifkan neuron WDR (Wide Dynamic Range) yang juga dirangsang oleh sumbatan arteri koroner. Hasilnya menunjukkan fenomena referred nyeri visceral yang mempunyai substrat pada viscerosomatik dan muskulosomatik menyatu ke neuron cornu dorsalis

c. Traktus spinalis ascendens

Aktivitas yang ditimbulkan oleh medulla spinalis oleh rangsang ambang tinggi mencapai supraspinal melalui beberapa sistem traktus yang panjang dan intersegmental yang berjalan dalam kuadran ventrolateral dan jumlah kecil dorsal dari medulla spinalis, menyampaikan sinyal ke thalamus

d. Proyeksi supraspinal/traktus thalamo-kortikalis

Traktus spinovugal berjalan didalam kuadran ventrolateral menyebar pada dasarnya ke dalam tiga regio batang otak : medulla, mesencephalon, diencephalon. Neuron pada regio ini kemudian diperkirakan lebih rostral terhadap

diencephalon dan cortex atau secara langsung ke struktur kortikal

Menurut Mubarak, Indrawanti dan Susanto (2015:4-11), fisiologi proses terjadinya nyeri adalah sebagai berikut:

a. Reseptor nyeri

Merupakan alur terjadinya nyeri dalam tubuh. Rasa nyeri merupakan mekanisme yang terjadi dalam tubuh melibatkan organ-organ tertentu, terutama sistem saraf sebagai reseptor nyeri. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang merespon terhadap stimulus kuat secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireseptor, secara anatomis nosireseptor ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari saraf perifer. Berdasarkan letaknya nosireseptor dikelompokkan pada kulit (cutaneus), somatik dalam (deep somatic) dan pada daerah viseral. Oleh karena itu, dikarenakan letaknya berbeda, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda. Reseptor jaringan kulit (cutaneus) terbagi dalam dua komponen yaitu sebagai

berikut:

- 1) Reseptor A-Delta, merupakan serabut komponen cepat (Kecepatan transmisi 6-30 m/s) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan.
- 2) Serabut C, merupakan serabut komponen lambat (Kecepatan transmisi 0,5 m/s) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi.

Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, saraf, otot dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur yang kompleks ini membuat nyeri yang timbul bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi. Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi orga-organ viseral seperti jantung, paru-paru, hati dan sebagainya nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia dan inflamasi.

b. Neuroregulator

Menurut Zakiah (2015:9-11), Neuroregulator merupakan substansi yang mempengaruhi transmisi stimulus saraf yang penting dalam suatu pengalaman nyeri. Substansi ini ditemukan pada lokasi nosiseptor dan di ujung saraf pada

lokasi kornu dorsalis medulla spinalis. Neuroregulator dibagi menjadi dua, yaitu neurotransmitter dan neuromodulator.

1) Neurotransmitter

Bertugas mengirim impuls listrik melewati celah sinaps di antara dua serabut saraf. Neurotransmitter terdiri atas:

a) Substansi P

- (1) Terdapat di neuron kornu dorsalis
- (2) Dibutuhkan untuk mentransmisikan nyeri dari perifer ke pusat otak yang lebih tinggi
- (3) Menyebabkan vasodilatasi dan edema
- (4) Serotonin
- (5) Dilepas dari batang otak dan kornu dorsalis untuk menghambat transmisi nyeri

b) Prostaglandin

- (1) Dihasilkan oleh pemecahan fosfolipi dalam membrane sel
- (2) Diyakini dapat meningkatkan sensitivitas nyeri

2) Neuromodulator

Bertugas memodifikasi aktivitas neuron dan menyesuaikan atau memvariasikan transmisi stimulus nyeri. Neuromodulator diyakini tidak bekerja secara langsung tetapi dapat meningkatkan dan menurunkan

efek neurotransmitter tertentu. Neuromodulator terdiri atas:

a) Endorphin dan dinorfin

(1) Endorphin dalam bahasa Yunani disebut enkefalin yang artinya di dalam kepala

(2) Diaktifkan oleh stress dan nyeri

(3) Dilokalisasi dalam otak, medulla spinalis dan saluran pencernaan

(4) Terdapat dalam kadar yang lebih tinggi pada Klien yang tidak terlalu merasakan nyeri dibanding yang lainnya pada cedera yang sama

b) Bradikinin

(1) Dilepas dari plasma yang keluar dari pembuluh darah di jaringan sekitar jaringan yang cedera

(2) Terikat pada reseptor saraf perifer, meningkatkan stimulus nyeri

(3) Berkait pada sel-sel yang menyebabkan reaksi rantai yang menghasilkan prostaglandin

3. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Zakiah (2015), faktor yang mempengaruhi munculnya nyeri pada individu yaitu:

a. Usia

Usia mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada orang

dewasa dan anak sangat memengaruhi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam menginterpretasikan nyeri, anak akan kesulitan mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri pada orang tua atau petugas kesehatan.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang memengaruhi nyeri. Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam

berespons terhadap nyeri, akan tetapi beberapa kebudayaan mempengaruhi pria dan wanita dalam mengekspresikan nyeri. Misalnya seorang pria tidak boleh menangis dan harus berani sehingga tidak boleh menangis sedangkan wanita boleh menangis dalam situasi yang sama.

c. Kebudayaan

Pengaruh kebudayaan dapat menimbulkan anggapan pada orang bahwa memperlihatkan tanda-tanda kesakitan berarti memperlihatkan kelemahan pribadinya, dalam hal seperti itu maka sifat tenang dan pengendalian diri merupakan sifat yang terpuji. Pada beberapa kebudayaan lain justru sebaliknya, memperlihatkan nyeri merupakan suatu hal yang alamiah. Nyeri juga dikaitkan dengan hukuman

sepanjang sejarah kehidupan, bagi klien yang secara sadar atau tidak sadar memandang nyeri sebagai suatu hukuman, maka penyakit merupakan cara untuk menebus kesalahan atau dosa-dosa yang sudah diperbuat.

d. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan peningkatan nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian dihubungkan dengan penurunan sensasi nyeri. Pengalihan perhatian dilakukan dengan cara memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain sehingga sensasi yang dialami klien dapat menurun. Berkurangnya sensasi nyeri disebabkan oleh opiat endogen, yaitu endorfin dan enkefalin yang merangsang kerja serabut berdiameter besar (beta A) sehingga menghambat transmisi nyeri oleh serabut berdiameter kecil (delta A dan C)

e. Makna nyeri

Makna nyeri seseorang yang dikaitkan dengan nyeri dapat memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Tiap klien akan memberikan respon yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan suatu ancaman, kehilangan, hukuman, atau suatu tantangan.

f. Ansietas

Hubungan antara ansietas dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri dan sebaliknya, nyeri juga dapat menyebabkan timbulnya ansietas bagi klien yang mengalami nyeri. Adanya bukti bahwa sistem limbik yang diyakini dapat mengendalikan emosi seseorang khususnya ansietas juga dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri yaitu dapat memperburuk atau menghilangkan nyeri. Nyeri yang tidak kunjung sembuh dapat mengakibatkan psikosis dan gangguan kepribadian.

g. Mekanisme koping

Gaya koping dapat mempengaruhi klien dalam mengatasi nyeri. Klien yang mempunyai lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai klien yang dapat mengendalikan lingkungan mereka serta hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri, klien tersebut juga melaporkan bahwa dirinya mengalami nyeri yang tidak terlalu berat. Sebaliknya klien yang mempunyai lokus kendali eksternal, mempersepsikan faktor-faktor lain di dalam lingkungan seperti perawat sebagai klien yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir mereka.

h. Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan peningkatan sensasi nyeri dan dapat menurunkan kemampuan koping untuk

mengatasi nyeri, apabila kelelahan disertai dengan masalah tidur maka sensasi nyeri terasa bertambah berat.

4. Klasifikasi Nyeri

Menurut Zakiyah (2015), berdasarkan lama 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 seiring dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat dari 1 detik sampai kurang dari 6 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-"*pain that persist beyond normal tissue healing time, which is assumed to be six month*". Nyeri kronis dibedakan menjadi dua, yaitu: nyeri nonmaligna (nyeri kronis persisten dan nyeri kronis intermitten) dan nyeri kronis maligna. Karakteristik penyembuhan nyeri kronis tidak

dapat diprediksi meskipun penyebabnya mudah ditentukan, namun pada beberapa kasus, penyebabnya kadang sulit ditentukan.

5. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Zakiyah (2015:71-90), penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi dua, yaitu non-farmakologi dan farmakologi

a. Non farmkologi

Manajemen nyeri secara non-farmakologi sebagai salah satu teknik yang dipercaya dapat mengaktifkan opioid endogjen, sebuah sistem analgesik monoamina yang dapat menurunkan intensitas nyeri. Teknik ini terdiri atas:

1) Kompres panas dan bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) dalam resepto yang sama seperti pada cedera. Area pemberian kompres panas dan dingin dapat menimbulkan respons sistemik dan respons lokal. Stimulasi ini mengirimkan impuls-impuls dari perifer ke hipotalamus yang kemudian menjadi sensasi temperatur tubuh secara normal.

2) Transcutaneous e/ectrical nerve stimulation (TENS).

Adalah salah satu alat yang digunakan untuk menurunkan nyeri dengan menggunakan gelombang bifasik melalui elektroda pada kuit umumnya berupa stimulator mesin keoil yang dioperasikan dengan baterai dengan arus Keluaran 0-

50 Ma. Frekuensi bervariasi dari 2 Hz - 300 Hz, frekuensi rendah digunakan untuk nyeri kronis dan sedikit lebih tinggi (80-120 Hz) untuk nyeri akut.

3) Masase

Masase adalah melakukan tekanan dengan menggunakan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi yang ditujukan untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi dan memperbaiki sirkulasi.

4) Acupressure

Acupressure adalah salah satu cara pengobatan tradisional Tiongkok yang sudah lama dikenal keberadaannya. Di Barat, cara pengobatannya dengan penekanan-penekanan pada titik pengaktif, dimana dalam hal ini nyeri titik pengaktif adalah sama dengan titik akupunktur.

5) Relaksasi

Teknik relaksasi merupakan metode yang digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot. Imajinasi adalah strategi yang menggunakan gambaran mental untuk membantu relaksasi.

b. Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi dibagi menjadi dua yaitu:

1) Analgesik non-opioid

Mekanisme umum dari analgesik jenis ini adalah memblokir pembentukan dengan jalan menghambat enzim COx pada daerah yang terluka, sehingga mengurangi pembentukan mediator nyeri. Efek samping yang paling umum dari golongan obat ini adalah gangguan lambung, usus, kerusakan darah serta reaksi alergi kulit. Contoh obat: aspirin, diclofenac, fenoprofen, ketorolac, piroxicam, ibuprofen.

2) Analgesik opioid

Merupakan pereda nyeri yang paling kuat dan sangat efektif untuk mengobati nyeri hebat. Analgesik opioid mempunyai daya penghalang nyeri yang kuat dengan titik kerja yang terletak di susunan saraf pusat (SSP). Umumnya dapat mengurangi kesadaran dan menimbulkan perasaan nyaman (euphoria). Contoh obat: Alfentanil, Benzonatate, Codein, Meperidine, Butorpanol.

6. Pengkajian Nyeri

Menurut Mubarak, Indrawant dan Susanto (2015:24-27), pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan yang efektif. Oleh karena nyeri merupakan pengalaman subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor biologis

fisiologi psikologis, perilaku emosional dan sosio kultural.

P (<i>provoking</i> atau pemicu)	Yaitu faktor yang memperparah atau memperingan nyeri.
Q (<i>quality</i> atau kualitas)	Yaitu kualitas nyeri (misal, tertusuk, tersayat, tajam, merobek)
R (<i>region</i> atau daerah)	Yaitu daerah terjadi nyeri
S (<i>severity</i> atau keganasan)	Yaitu intensitas atau skala pengukuran nyeri
T (<i>time</i> atau waktu)	Yaitu serangan lamanya, frekuensi

Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respon perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. Cara pengkajian nyeri adalah dengan PQRST.

- P (*provoking*)

Menurut Carol R & Taylor, (2011); Tymbi, (2009), sebagaimana dikutip dalam Zakiyah (2015), pengkajian nyeri dilakukan dengan mengkaji faktor pencetus atau penyebab, faktor yang meringankan teknik atau keadaan yang dapat menurunkan nyeri, faktor yang memperberat: teknik atau keadaan yang dapat meningkatkan nyeri.

- Q (*quality/quantity*)

Menurut Zakiyah (2015), kualitas nyeri merupakan deskripsi nyeri yang dirasakan seseorang, terdapat bermacam-macam karakteristik nyeri, yaitu seperti

tertusuk-tusuk, teriris-iris, dan nyeri tumpul.

- R (*region/relief*)

Menurut Zakiah (2015), berdasarkan lokasinya nyeri dibagi menjadi 4 yaitu somatic pain yaitu nyeri karena gangguan bagian luar tubuh akibat (laserasi, luka bakar, luka goresan dan sebagainya), nyeri phantom yaitu nyeri khusus yang dirasakan klien yang mengalami amputasi atau pada klien yang menjalani operasi pengangkatan ekstermitas, nyeri menjalar yaitu sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain, nyeri seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh, nyeri dapat bersifat intermiten atau konstan. Nyeri alih yaitu nyeri yang timbul akibat adanya nyeri visceral yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat.

- S (*severity*)

Menurut Zakiah (2015), severity merupakan kekuatan dari nyeri dengan menggunakan skala nyeri. Menurut Risnah, et al., (2022), hasil pengukuran derajat nyeri yang diperoleh saat melakukan pengukuran secara mandiri dapat dipengaruhi oleh subyektifitas pasien akibat adanya pengaruh faktor fisiologi, psikologis, dan lingkungan. Menurut Mubarak, et al., (2015), untuk mengukur skala nyeri menggunakan sebuah alat ukur (painometer) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai

0 (tidak nyeri), 1-3 (nyeri ringan), 4-6 (nyeri sedang), 7-9 (sangat nyeri) tetapi masih dapat dikontrol dengan aktivitas yang dapat dilakukan), 10 (sangat nyeri dan tidak bisa dikontrol).

- T (*time*)

Menurut Zakiah (2015), time/waktu merupakan waktu timbul nyeri, periode (durasi) nyeri dirasakan dapat hilang timbul maupun terus menerus.

a. Data perawatan yang diuji dan mesti didapatkan pada klien mencakup hal sebagai berikut.

- 1) Alasan masuk RS, yaitu keluhan utama klien saat MRS dan dikaji. Klien mengeluh nyeri, dilanjutkan dengan riwayat kesehatan sekarang dan kesehatan sebelumnya.
- 2) Kebutuhan rasa nyaman (nyeri), Data didapatkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis untuk mengkaji karakteristik nyeri yang diungkapkan oleh klien dengan pendekatan PQRST.
- 3) Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan perubahan klinis yang diakibatkan oleh nyeri yang dirasakan klien. Data yang didapatkan mencerminkan respon klien terhadap nyeri meliputi respon fisiologis, respon perilaku dan respon psikologis

b. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek antara lain sebagai berikut:

- 1) Lokasi: untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik minta klien menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri.
- 2) Intensitas nyeri: penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan tepercaya untuk menentukan intensitas skala nyeri. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10 Angka "0" menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka nyeri tertinggi menandakan nyeri 'terhebat' yang dirasakan klien.
- 3) Kualitas nyeri: terkadang nyeri bisa seperti tertusuk-tusuk atau dipukul-pukul. Perawat perlu mencatat yang dikatakan klien karena sangat menentukan diagnosis dan etiologi nyeri serta intervensi yang akan diberikan.

- 4) Pola: pola nyeri meliputi awitan, durasi dan kekambuhan nyeri. Oleh karena itu, perawat perlu mengkaji kapan nyeri muncul, berapa lama berlangsung, apakah nyeri berulang.
- 5) Faktor precipitasi: terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas fisik yang berat akan menyebabkan nyeri dada.
- 6) Gejala yang menyertai: gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.
- 7) Sumber coping: setiap individu memiliki strategi coping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi pengalaman nyeri, kebudayaan atau agama.

c. Observasi respons perilaku, fisiologis dan psikologis

Banyak respon nonverbal yang bisa dijadikan indikator nyeri. Salah satunya adalah ekspresi wajah. Perilaku seperti menutup mata rapat-rapat, menggigit bibir bawah, serta seringai dapat mengindikasikan nyeri. Selain ekspresi wajah, respon perilaku lain yang dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi (berteriak, menangis), imobilisasi tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan (misal menendang-nendang, membolak-balikkan tubuh di atas kasur).

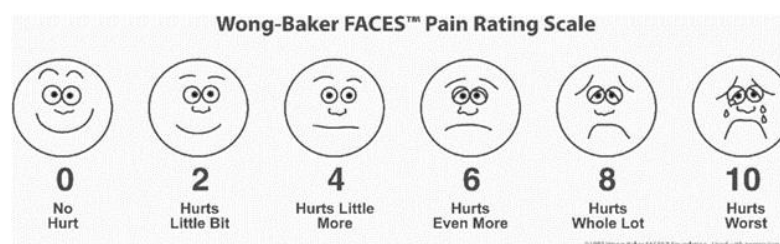
Sementara respon fisiologis untuk nyeri bervariasi

bergantung pada sumber durasi nyeri. Pada awal awitan nyeri akut, respon fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama dan saraf simpatis telah beradaptasi, maka respon fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada. Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadap nyeri yang terjadi atau arti nyeri bagi klien. Arti nyeri bagi Hien berbeda-beda tiap individu antara lain adalah bahaya atau merusak, komplikasi seperti infeksi, penyakit yang berulang, penyakit baru, penyakit fatal, peningkatan ketidakmampuan dan kehilangan mobilitas.

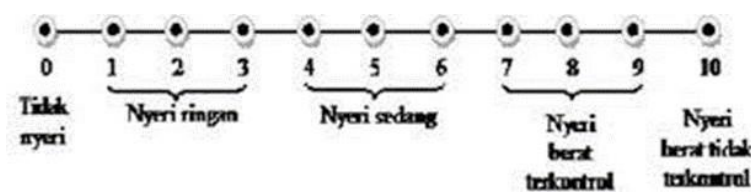
d. Metode pengukuran intensitas nyeri

Menurut Arna, et al. (2014), pengukuran intensitas nyeri meliputi :

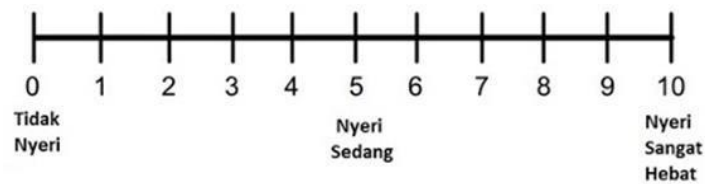
1) *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*



2) Skala deskriptif



3) Skala numerik



1) Pengkajian pola sensori dan kognitif

Menurut Nurlaila (2018) Pola persepsi kognitif menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau, dan kompensasinya terhadap tubuh, sedangkan pola kognitif di dalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan Kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat dan nama (orang, atau benda yang lain). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, Kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien.

7. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien gangguan kebutuhan dasar nyeri adalah :

a. Nyeri akut

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (misalnya : inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (misalnya : terbakar, bahan kimia, iritan)
- c) Agen pencedera fisik (misalnya : abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- a) Mengeluh nyeri

Objektif :

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (misalnya: waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

4) Gejala dan tanda minor

Objektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir teranggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaphoresis

b. Nyeri kronis

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

- a) Kondisi muskuloskeletal kronis
- b) Kerusakan system saraf
- c) Penekanan saraf
- d) Infiltrasi tumor
- e) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor

- f) Gangguan imunitas (misalnya: neuropati
- g) terkait HIV, virus varicella-zoster)
- h) Gangguan fungsi metabolic
- i) Riwayat posisi kerja statis
- j) Peningkatan indeks massa tubuh
- k) Kondisi pasca trauma
- l) Tekanan emosional
- m) Riwayat penganiayaan (misalnya: fisik, psikologis, seksual)
- n) Riwayat penyalahgunaan obat/zat

3) Gejala dan tanda

mayor Subjektif

- a) Mengeluh nyeri
- b) Merasa depresi (tertekan)

Objektif

- a) Tampak meringis
- b) Gelisah
- c) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif

- a) Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif

- b) Bersikap protektif (misalnya : posisi

menghindari nyeri)

- c) Waspada
- d) Pola tidur berubah
- e) Anoreksia
- f) Fokus menyempit
- g) Berfokus pada diri sendiri

5) Kondisi klinis terkait

- a) Kondisi kronis (misalnya : arthritis reumatid)
- b) Infeksi
- c) Cedera medulla spinalis

8. Perencanaan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2019), SLKI yang dapat ditegakkan pada kebutuhan dasar nyeri yaitu:

SLKI 1 : Tingkat nyeri

a) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

b) Ekspetasi : menurun

c) Kriteria hasil

Tujuan : Setelah dilakukan perawatan selama ...x... jam

diharapkan pasien mampu menunjukkan penurunan tingkat nyeri dengan kriteria hasil :

No.	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Keluhan nyeri					
2.	Meringis					
3.	Gelisah					
4.	Kesulitan tidur					
5.	Pola tidur					

Keterangan :

1 = menurun

2 = cukup menurun

3 = sedang

4 = cukup meningkat

5 = meningkat

SLKI 2 : Kontrol nyeri

a. Definisi

Tindakan untuk meredakan pengalaman sensorik atas emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan.

b. Ekspektasi : meningkat

c. Kriteria hasil

Tujuan : Setelah dilakukan perawatan selama ...x... jam diharapkan pasien mampu menunjukkan peningkatan kontrol nyeri dengan kriteria hasil :

No.	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Melaporkan nyeri terkontrol					
2.	Kemampuan mengenali onset nyeri					
3.	Keampuan mengenali penyebab nyeri					
4.	Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis					
5.	Dukungan orang terdekat					

Keterangan :

1 = menurun

2 = cukup menurun

3 = sedang

4 = cukup meningkat

5 = meningkat

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), SIKI yang dapat ditegakkan pada kebutuhan dasar nyeri yaitu :

SIKI 1 : Manajemen nyeri

a) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

b) Tindakan

(1) Observasi

- (a) Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- (b) Identifikasi skala nyeri.
- (c) Identifikasi respons nyeri non verbal.
- (d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- (e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- (f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- (g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- (h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
- (i) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

(2) Terapeutik

Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya : TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).

- (a) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya : suhu ruangan,

pencahayaannya, kebisingan).

(b) Fasilitas istirahat dan tidur.

(c) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

(3) Edukasi

(a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

(b) Jelaskan strategi meredakan nyeri.

(c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

(d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

(e) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

(4) Kolaborasi

(a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

SIKI 2 : Pemberian analgesik

a) Definisi

Menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit.

b) Tindakan

(1) Observasi

(a) Identifikasi karakteristik nyeri (misalnya : pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi).

(b) Identifikasi riwayat alergi obat.

(c) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (misalnya : narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri.

(d) Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik.

(e) Monitor efektifitas analgesik.

(2) Terapeutik

(a) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu.

(b) Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum.

(c) Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptialkan respons pasien.

(d) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan.

(3) Edukasi

(a) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat.

(4) Kolaborasi

(a) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi.

B. Konsep Post Debridement Sub Occipital Sinistra

1. Pengertian

Menurut Kusumawati (2022), abses pasca debridemen mengacu pada pembentukan kumpulan nanah yang terjadi setelah prosedur debridement, yaitu tindakan pembedahan untuk mengangkat jaringan yang terinfeksi atau mati. Meskipun debridement bertujuan untuk membersihkan area infeksi dan mempercepat proses penyembuhan, dalam beberapa kasus, prosedur ini dapat menyebabkan infeksi baru atau memperburuk infeksi yang ada, yang kemudian berkembang menjadi abses.

Menurut Furtado et.al., (2022), abses suboksipital adalah kondisi langka yang ditandai dengan akumulasi nanah akibat infeksi di daerah suboksipital, yaitu bagian belakang bawah kepala. Abses ini dapat terjadi secara ekstrakranial (di luar tengkorak) maupun intrakranial (di dalam tengkorak), sering kali berhubungan dengan infeksi sebelumnya seperti mastoiditis atau sinusitis. Kondisi ini juga dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk penyebaran infeksi dari area lain atau sebagai komplikasi pasca prosedur medis.

Kesimpulannya, post debridement abscess sub occipital sinistra adalah kondisi medis yang mengacu pada terbentuknya abses (pengumpulan nanah akibat infeksi) di area suboccipital kiri (bagian belakang bawah kepala sebelah

kiri) setelah prosedur debridement.

2. Indikasi

Menurut Murti (2024), indikasi debridemen pada abses suboksipital meliputi:

- a. Infeksi yang tidak merespons terapi antibiotik: jika abses tidak menunjukkan perbaikan atau semakin memburuk meskipun telah diberikan antibiotik yang sesuai.
- b. Ukuran abses yang besar atau terus membesar: abses yang signifikan dapat menekan struktur vital di area suboksipital, meningkatkan risiko komplikasi serius.
- c. Tanda-tanda komplikasi intrakranial: seperti osteomielitis tulang oksipital, meningitis, atau abses otak yang memerlukan intervensi bedah segera.
- d. Gejala klinis yang berat: termasuk nyeri hebat, demam tinggi, dan pembengkakan yang signifikan di area suboksipital kiri.
- e. Kegagalan drainase non-bedah: jika metode drainase perkutaneus atau aspirasi tidak berhasil mengeluarkan

3. Tujuan

Menurut Lee & Liu (2020), debridement pada abses suboksipital bertujuan untuk mengeluarkan nanah dan jaringan yang terinfeksi, mengurangi beban bakteri, serta mencegah penyebaran infeksi ke struktur vital di sekitarnya. Prosedur ini juga membantu mengurangi tekanan pada

jaringan sekitarnya, mengurangi gejala seperti nyeri dan pembengkakan, serta mempercepat proses penyembuhan dengan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi regenerasi jaringan sehat.

4. Cara Kerja

Menurut Lee & Liu (2020), debridement pada abses suboksipital sinistra adalah prosedur bedah yang bertujuan untuk mengangkat jaringan yang terinfeksi atau nekrotik di area suboksipital kiri, yaitu bagian belakang bawah kepala sebelah kiri. Prosedur ini penting untuk mengurangi beban infeksi, mencegah penyebaran lebih lanjut, dan menciptakan lingkungan yang mendukung proses penyembuhan.

Cara Kerja Debridemen:

- a. Anestesi: pasien diberikan anestesi umum untuk memastikan kenyamanan dan mencegah rasa sakit selama prosedur.
- b. Insisi bedah: ahli bedah membuat sayatan di kulit area suboksipital kiri untuk mengakses abses.
- c. Eksplorasi dan pengangkatan: jaringan yang terinfeksi, termasuk nanah dan jaringan nekrotik, diangkat dengan hati-hati menggunakan instrumen bedah seperti pisau bedah, kuret, atau alat hisap.
- d. Irigasi: area yang telah dibersihkan dicuci dengan larutan steril untuk menghilangkan sisa-sisa kontaminan dan

mengurangi risiko infeksi lanjutan.

- e. Drainase: jika diperlukan, drainase ditempatkan untuk memungkinkan keluarnya cairan yang mungkin terbentuk pasca operasi, mencegah akumulasi dan infeksi ulang.
- f. Penutupan luka: setelah memastikan area bebas dari infeksi, luka ditutup dengan jahitan atau staples, dan perban steril diaplikasikan.

5. Patofisiologi

Menurut Mayer, et.al., (2024), setelah prosedur debridemen pada abses suboksipital, tubuh memulai proses penyembuhan yang terdiri dari beberapa fase: inflamasi, proliferasi, dan remodeling. Pada fase inflamasi, terjadi peningkatan permeabilitas pembuluh darah dan migrasi sel-sel imun ke area luka untuk membersihkan jaringan yang rusak dan mencegah infeksi lebih lanjut. Gejala yang muncul meliputi kemerahan, pembengkakan, dan nyeri di sekitar area operasi.

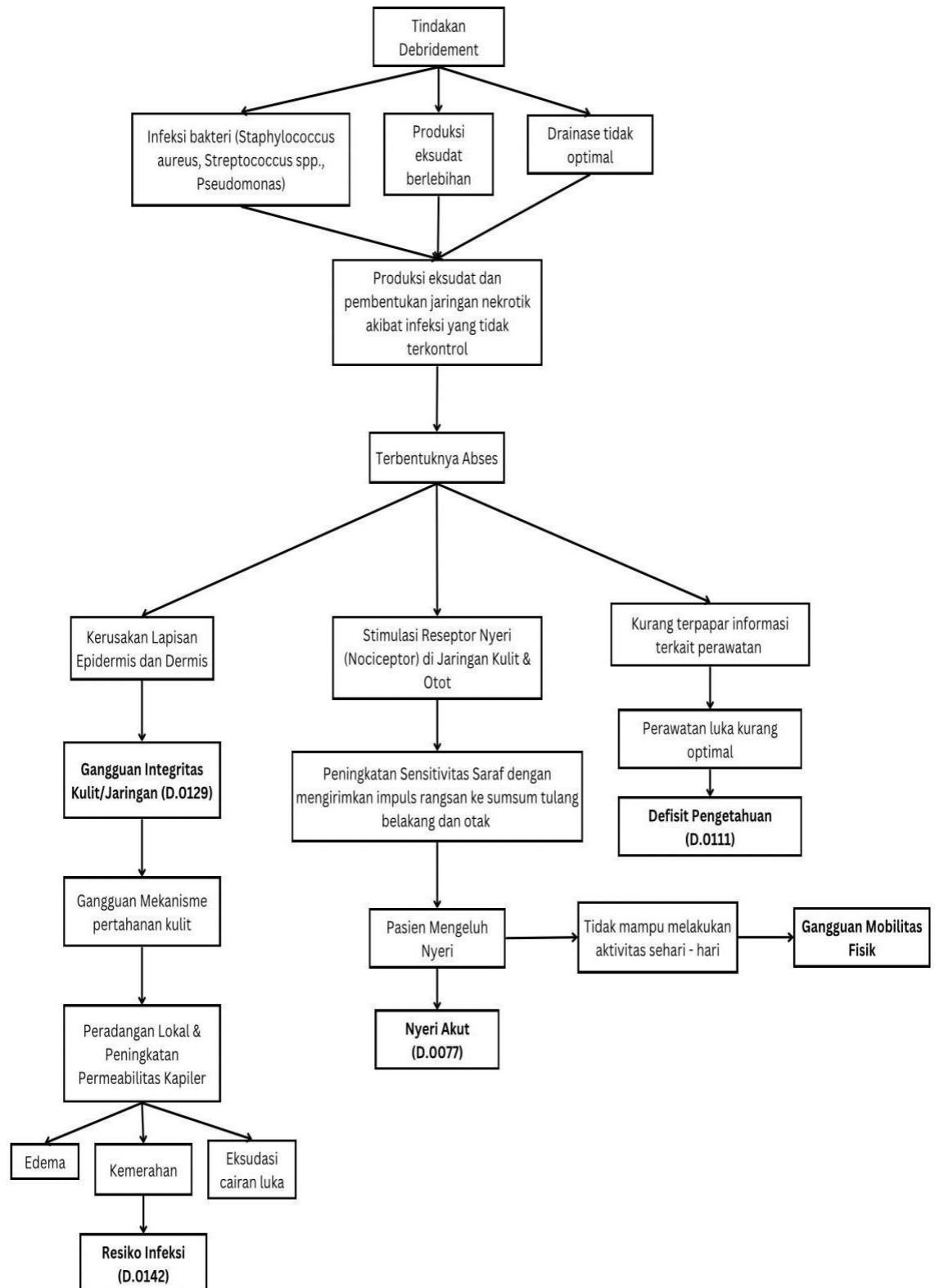
Selanjutnya, fase proliferasi ditandai dengan pembentukan jaringan granulasi yang kaya akan pembuluh darah baru, fibroblas, dan matriks ekstraseluler. Fibroblas berperan dalam sintesis kolagen, memberikan kekuatan struktural pada jaringan yang baru terbentuk. Proses epitelisasi juga terjadi, di mana sel-sel epitel bermigrasi menutupi permukaan luka, membantu mengembalikan integritas kulit dan mencegah masuknya patogen dari lingkungan eksternal.

Fase terakhir adalah remodeling, di mana jaringan yang baru terbentuk mengalami reorganisasi dan pematangan. Kolagen tipe III yang awalnya disintesis oleh fibroblas digantikan oleh kolagen tipe I yang lebih kuat, meningkatkan kekuatan dan elastisitas jaringan. Proses ini dapat berlangsung selama beberapa bulan hingga tahun, tergantung pada luas dan kedalaman luka. Pemahaman mendalam tentang patofisiologi pasca-debridement ini penting bagi tenaga medis untuk merancang strategi perawatan yang optimal, mencegah komplikasi, dan mempercepat proses penyembuhan pasien.

Namun, jika proses debridement tidak dilakukan secara adekuat, terdapat risiko infeksi berulang atau pembentukan abses baru. Drainase yang tidak memadai dapat menyebabkan infeksi ruang tertutup, di mana bakteri sulit dibersihkan dan infeksi dapat menyebar ke jaringan sekitarnya. Oleh karena itu, penting untuk memastikan bahwa debridement dan drainase dilakukan dengan benar untuk mencegah komplikasi tersebut. Selain itu, komplikasi lain yang dapat terjadi pasca-debridement meliputi gangguan perfusi jaringan akibat tromboflebitis, yang dapat menghambat aliran darah ke area yang terlibat dan memperlambat proses penyembuhan. Pemantauan dan perawatan yang tepat sangat diperlukan untuk mengidentifikasi dan mengatasi komplikasi ini secara dini (Kusumawati, 2022).

6. Pathway

Menurut Kusumawati, 2022 pathway dari tindakan debridement dapat di uraikan sebagai berikut:



7. Komplikasi

Menurut Suhandi, et.al., (2023), setelah prosedur debridement, beberapa komplikasi yang dapat terjadi meliputi:

- a. Infeksi berulang atau persisten: jika debridement tidak dilakukan secara menyeluruh, sisa jaringan terinfeksi dapat menyebabkan infeksi berulang atau pembentukan abses baru.
- b. Penyebaran infeksi: infeksi yang tidak tertangani dengan baik dapat menyebar ke struktur sekitarnya atau melalui aliran darah, menyebabkan kondisi serius seperti sepsis.
- c. Kerusakan jaringan sekitar: prosedur debridement yang agresif dapat merusak jaringan sehat di sekitar area abses, mengakibatkan defisit neurologis atau komplikasi lainnya.
- d. Pembentukan jaringan parut: penyembuhan pasca-debridement dapat menghasilkan jaringan parut yang mungkin mempengaruhi fungsi atau estetika area yang terlibat.
- e. Komplikasi sistemik: pada kasus tertentu, infeksi dapat menyebar melalui aliran darah, menyebabkan kondisi seperti bakteremia atau sepsis yang memerlukan penanganan segera.

8. Prinsip Penatalaksanaan

Menurut Zam, et.al., (2024), penatalaksanaan yang tepat sangat penting untuk mencegah komplikasi dan

memastikan proses penyembuhan berjalan optimal. Berikut adalah prinsip-prinsip penatalaksanaan pasca-debridement:

a. Pemberian antibiotik

Setelah debridemen, pemberian antibiotik spektrum luas secara intravena direkomendasikan untuk mengatasi infeksi residual dan mencegah penyebaran lebih lanjut. Pemilihan antibiotik harus didasarkan pada kultur dan sensitivitas bakteri yang ditemukan.

b. Manajemen nyeri

Pengelolaan nyeri pasca-operasi penting untuk kenyamanan pasien dan mempercepat pemulihan. Analgesik seperti parasetamol dapat digunakan, mengingat risiko efek samping gastrointestinal yang lebih rendah dibandingkan dengan NSAID.

c. Perawatan luka

Pemantauan dan perawatan luka secara rutin diperlukan untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi atau komplikasi lainnya. Penggantian balutan dan drainase yang tepat waktu membantu mencegah akumulasi cairan dan infeksi sekunder.

d. Eradikasi sumber infeksi

Jika abses disebabkan oleh infeksi odontogenik atau sumber infeksi lain, penting untuk mengatasi sumber tersebut, misalnya dengan pencabutan gigi yang terinfeksi,

untuk mencegah kekambuhan.

e. Nutrisi dan dukungan sistemik

Pemberian nutrisi yang adekuat dan dukungan terhadap kondisi sistemik pasien, seperti menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, penting untuk mempercepat proses penyembuhan.

f. Implementasi

Prinsip-prinsip di atas dalam penatalaksanaan pasca-debridemen abses suboksipital sinistra diharapkan dapat meminimalkan risiko komplikasi dan mendukung pemulihan optimal pasien.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Penulisan

Jenis atau desain Penulisan Laporean Karya Tulis Ilmiah ini deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Studi kasus adalah penelitian yang bertujuan memberikan gambaran secara mendetail tentang latar belakang, sifat maupun karakter yang khas dari suatu kasus dengan kata lain bahwa studi kasus ini lebih memusatkan perhatian pada suatu kasus secara intensif dan rinci (Pamungkas dan Usman, 2017). Pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis akan mendeskripsikan respon nyeri pada asuhan keperawatan pasien post debridement abses sub occipital sinistra.

B. Subyek Penulisan

Populasi pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah seluruh pasien post debridement abses sub occipital sinistra yang dirawat di RSUD IBU FATMAWATI SOEKARNO KOTA SURABAYA. Karena waktu yang sangat terbatas, maka sampel pada laporan ini hanya 1 (satu) kasus. Kasus diambil secara acak (*simple random sampling*).

C. Fokus Penulisan

Kajian utama pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah

respon nyeri pada asuhan keperawatan pasien dengan post debridement abses sub occipital sinistra.

D. Definisi Operasional

1. Respon nyeri adalah semua reaksi dari nyeri yang dirasakan pasien baik yang bersifat subjektif maupun objektif.
2. Post debridement adalah tindakan operasi yang ditemukan saat pasien dirawat dirumah sakit saat ini.

E. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan penulis pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

1. Format pengkajian nyeri menurut numeric pain scale
2. Format pengkajian yang diterbitkan oleh STIKES PANTI KOSALA.
3. Format dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh STIKES PANTI KOSALA.

F. Metode Pengumpulan Data

Data diambil secara aktual saat ini dan studi retrospektif berdasar data atau dokumen yang ada pada rekam medis pasien. prosedur pengumpulan data yang penulis lakukan adalah sebagai berikut :

1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pengambilan data kepada responden.
2. Melakukan pengkajian pada responden yang diperoleh dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi.
3. Menulis laporan asuhan keperawatan sesuai format yang telah disiapkan.
4. Melakukan analisis deskriptif atau studi kasus sesuai data dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

G. Analisa Data

Sesuai jenis dan desain penulisan laporan Karya Tulis Ilmiah yang berupa studi deskriptif, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk gambaran atau deskripsi tendensi atau fenomena masalah yang didukung dengan data atau fakta-fakta secara jelas dan obyektif.

H. Tempat dan Waktu

Pengambilan data pada laporan karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan di ruang Sido Asih RSUD IBU FATMAWATI SOEKARNO KOTA SURAKARTA selama 2 shiff jaga.

I. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya masalah keperawatan yang telah ditemukan pada pasien post debridement abses sub occipital sinistra, maka pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada 1 (satu) masalah keperawatan yaitu respon nyeri dengan jumlah responden 1 pasien ditinjau berdasarkan proses keperawatan dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan saat dilakukan pengelolaan oleh penulis.

BAB IV

RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Resume Kasus

Pengkajian dilakukan pada tanggal 06 Februari 2025 pukul 13.10 WIB dengan metode auto anamnesia, alloanamnesia dan studi literature rekam medis pasien.

1. Biodata

a. Klien

- 1) Nama : Ny.M
- 2) Tanggal lahir : 15 Mei 2003
- 3) Jenis kelamin : Perempuan
- 4) Alamat : Ngipang, Surakarta
- 5) Pekerjaan : Swata
- 6) Agama : Islam
- 7) Status : Menikah

b. Identitas

- 1) Ruang/kamar : Sido Asih, 80
- 2) Tanggal, jam masuk : Rabu, 06 Februari 2025, 17.00 WIB
- 3) No. register : 123xxx
- 4) Diagnose medis : Post
Debridement Abses Sub Accipital
Sinistra
- 5) Dokter : dr. Rusmawan

2. Riwayat Alergi Obat

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat oral maupun obat injeksi dan pasien tidak memiliki dokumen tentang alergi.

3. Riwayat Kesehatan

- a. Kesadaran : composmentis, E4U5M6
- b. Keluhan utama : pasien mengatakan nyeri bagian leher kiri belakang post op
- c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan pada hari Rabu, 05 Februari 2025 pukul 15.00 WIB pasien datang di IGD RSUD Ibu FATMAWATI SOEKARNO SURAKARTA dengan keluhan benjolan di leher kiri belakang pecah keluar nanah. Benjolan itu sudah 1 bulan yang lalu itu kecil lalu diperiksa ke puskesmas hanya diberi obat jalan sampe 3x ke puskesmas lalu dari puskesmas mendapat rujukan ke RS Triharsi tetapi tidak ada penanganan lebih lanjut dan benjolan itu membesar sudah 3 hari yang lalu sebelum datang ke IGD RSUD Ibu FATMAWATI SOEKARNO SURAKARTA. Lalu hari Rabu, 05 Februari 2025 benjolan itu pecah dan keluar nanah pasien langsung datang ke IGD, di IGD Pasien mendapatkan pemeriksaan dan di anjurkan dokter untuk operasi, di IGD luka hanya dibersihkan dan di tutup menggunakan kassa. Hasil

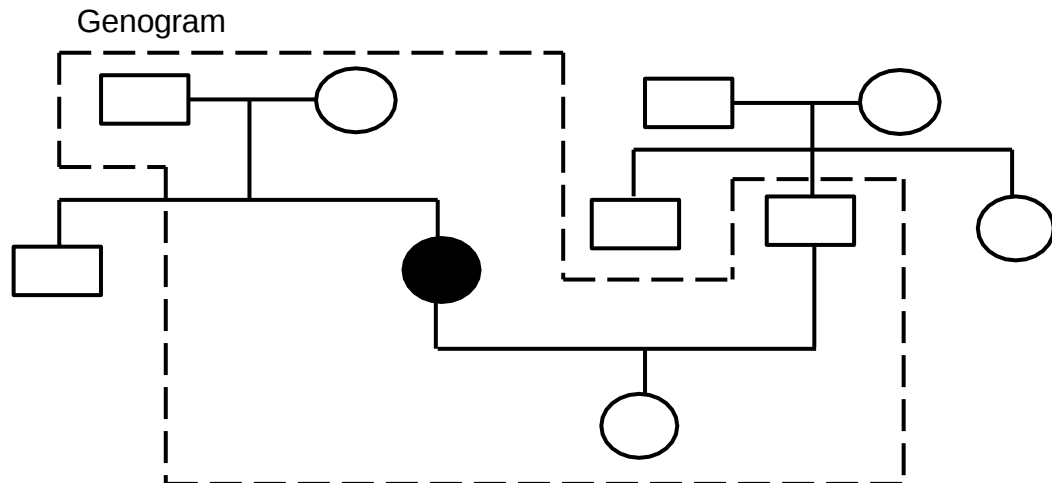
pemeriksaan di IGD TTV: TD: 118/80 mmHg, N: 85x/menit, RR 20x/ menit, S: 37,8°C, SPO² : 99%, pukul 17.00 WIB pasien dipindahkan ke Bangsal Sido Asih untuk rawat inap sebelum operasi, pasien terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm ditangan kanan. Saat dikaji pasien mengatakan nyeri P: luka dileher kiri belakang post op, Q : tertusuk tusuk, R: luka dileher kiri belakang, S: skala 8, T: terus menerus, pasien lemes, nafsu makan berkurang, leukosit 14.08 ribu/mm³, area luka tampak kemerahan , panjang luka $\pm$ 8 cm. Pasien mendapatkan terapi inf. nacl 0,9% 20 tpm, inj. picyn 1.5g/12jam, inj. antrain 1g/8 jam, inj. ranitidine 50mg/12 jam, inj asam tranexamat 500 mg/8 jam.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami sakit seperti yang dialaminya sekarang dan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit dahulu.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menurun maupun menular seperti DM, hiperterisi, dll.



Keterangan :



: Pasien

X : Meninggal



: Laki-laki



: Tinggal

Serumah



: Perempuan



: Menikah

: Keturunan

4. Pengkajian Pola Gordon

a. Pola pemenuhan nutrisi metabolis

- 1) Sebelum sakit : Pasien mengatakan pola makannya teratur 3x sehari pada pagi, siang dan sore hari, dengan porsi yang banyak dan minum sebanyak 5-6 gelas dalam sehari dan menyukai makanan pedas.
- 2) Saat sakit : Pasien mengatakan saat ini nafsu makannya berkurang selama sakit, pasien makan teratur 3x sehari dengan $\frac{1}{2}$ porsi, dengan menu yang diberikan dari rumah sakit. Pasien tidak makan ayam,

pasien minum air putih sebanyak 4-5 gelas sehari.

b. Pola persepsi kognitif

Pasien mengatakan mengetahui kondisi dan penyakit yang dideritanya yaitu memiliki benjolan dileher bagian kiri.

Sehari-hari pasien menggunakan bahasa jawa dan Indonesia untuk berkomunikasi, pasien mengeluh nyeri, P

: nyeri post op, Q : tertusuk-tusuk, R: leher kiri belakang,

S: skala 8 T: terus-menerus.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran umum : meringis kesakitan, lemas

b. Kesadaran : compos mentis, E4V5M6

c. TTV : TD : 115/82 mmHg

Nadi : 80x/menit

RR : 20x/menit

Suhu : 36,6°C

SPO² : 99%

d. Pemeriksaan head to toe:

1) Kepala : bentuk normal, tidak ada benjolan,

kulit kepala bersih, dan tidak ada lesi.

2) Mata :

a) Fungsi penglihatan : tidak ada gangguan

b) Konjungtiva : warna merah muda

- c) Sclera : berwarna putih
- d) Pupil : Isokor

3) Hidung

- a) Fungsi : Baik
- b) Secret : Tidak ada
- c) Tidak ada pernapasan cuping hidung

4) Mulut

- a) Keadaan mukosa bibir : lembab
- b) Warna lidah : pucat putih
- c) Gigi : kebersihan gigi baik, gigi tidak ada yang berlubang

5) Telinga

- a) Fungsi : pendengaran baik
- b) Bentuk : simetris antara kanan dan kiri
- c) Kebersihan : bersih
- d) Serumen : tidak ada

6) Leher : area luka tampak kemerahan, luka $\pm$ sekitar 8 cm

- a) Bentuk : normal
- b) Pembesaran hroid : tidak ada pembesaran
- c) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran
- d) Nyeri waktu menelan : tidak

7) Thorak

I : bentuk dada kanan dan kiri simetris, warna kulit sawo matang, tidak ada lesi di area dada, frekuensi nafas 20x/menit.

P : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris, tidak teraba vocal fremitus.

P : terdapat bunyi sonor

A : suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan

8) Jantung

I : icthus cordis tidak nampak

P : icthus cordis tidak Nampak

P : batas jantung normal

A : S1 dan S2 reguler

9) Abdomen

I : bentuk simetris

A : bising usus 16x/menit

P : tidak ada nyeri tekan

P : suara tympani

10) Ekstermitas atas

a) Perubahan bentuk tulang : tidak ada

- b) Pergerakan sendi bahu : normal
- c) Perabaan akral : hangat
- d) Petting edema : tidak ada
- e) Terpasang infus NaCl 0,9% pada tangan sebelah kiri
- f) Kekuatan otot kanan 5 dan kekuatan otot kiri 5

11) Eksterimtas bawah

- a) Perubahan bentuk tulang : tidak ada
- b) Varies : tidak ada
- c) Perabaan akral : hangat, CRT <3 detik
- d) Petting edema : tidak ada
- e) Kekuatan otot kanan 5 dan kekuatan otot kiri 5

6. Pemeriksaan Penunjang

Nama : Ny. M		Tanggal/waktu : 05 Februari 2025 / 14:59 WIB	
No : 123xxx			
Jenis kelamin : Perempuan			
Umur : 21 Tahun			
Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	11.9	g/dL	10.8 – 15.0
Leukosit	14.08	Ribu/mm ³	4.7 – 11.5
Eritrosit	4.67	Juta/mm ³	4.11 – 5.55
Trombosit	351	Ribu/mm ³	216 – 450
Hematokrit	36	%	34 – 45
GDS	93	mg/dL	70 – 140
HBSAG	Non reaktif	Non reaktif	
Anti HIVI	Non reaktif	Non reaktif	
Masa Pembekuan	4.50	Menit, detik	2.00 – 6.00

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Masa Perdarahan	2.30	Menit, detik	1.00 – 6.00
Golongan Darah	0		
Rhesus	Positif		
Natrium (NaCl)	146	mmol/L	135 – 147
Kalium (K)	3.54	mmol/L	3.5 – 5.0
Klorida (Cl)	110	u/L	95 – 105
SGOT (AST)	11	u/L	<40
SGPT (ALT)	21	u/L	<40
Ureum	18	mg/dl	13 – 43
Creatinin	0.8	mg/dl	0.6 – 1.2

7. Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Fungsi
1.	Infus NaCl 0.9%	20 tpm	Pengobatan dehidrasi isotonic ekstraseluler, deplesi natrium, dan juga dapat digunakan pelarut sediaan injeksi.
2.	Inj. Piayn	1.5 g/12 jam	Mengobati infeksi bakteri yang rentan seperti infeksi ginekologi (system reproduksi wanita), infeksi rongga perut, infeksi kulit, dan struktur kulit.
3.	Inj. Antrian	1g/8 jam	Obat untuk meredakan nyeri sedang hingga berat, terutama organ dalam tubuh.
4.	Inj. Ranitidine	50 mg/8 jam	Mengobati tukak lambung dan usus serta mencegah kambuh setelah sembuh.

No	Nama Obat	Dosis	Fungsi
5.	Inj. Asam trarexmat	500 mg/8 jam	Membantu menghentikan perdarahaan pada sejumlah kondisi, misalnya mimisan, cedera, perdarahaan akibat menstruasi berlebihan, dan perdarahan pada penderita angioedema turun

8. Data Fokus

Hari/tanggal	Data Subjektif	Data Obyektif
Kamis, 06 – 02 – 2025	- Pasien mengatakan nyeri post op. - Nyeri dibagian leher kiri belakang terasa tertusuk-tusuk, nyeri skala 8 terus-menerus. - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Pasien hanya habis ½ porsi makan dari rs - Area luka tampak kemerahan, luka sekitar ±8 cm	- Pasien tampak meringis menahan nyeri. - Pasien hanya habis ½ porsi makan dari RS. - Area luka tampak kemerahan. - Luka ± sekitar 8 cm.

8. Analisa Data

No	Data	Problem	Etnologi	TTD
1.	Ds : - Pasien menyatakan nyeri post op - Nyeri dibagian leher kiri belakang terasa tertusuk-tusuk, nyeri skala 8 terus-menerus. - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang Do : - Pasien tampak meringis menahan nyeri. Pasien hanya habis ½ porsi makan dari RS.	Nyeri Akut (D.0077)	Agan pencedera fisik	(Adel)

No.	Data	Problem	Etiologi	Ttd
2.	Ds : - Pasien menyatakan nyeri post op dibagian leher kiri belakang terasa tertusuk-tusuk, nyeri skala 8 terus-menerus. Do : - Pasien post op debridemen abses sub occipital sinistral sekitar area luka - tampak kemerahaan, luka sekitar $\pm$ 8 cm.	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)	Neuropati Perifer	(Adel)

9. Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik
- Gangguan integritas kulit/jaringan yang berhubungan dengan neuropati perifer

10. Intervensi Keperawatan

No	Tujuan	Intervensi
1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Kemampuan menuntaskan aktivitas (5) meningkat. b. Keluhan nyeri (5) menurun c. Meringis (5) menurun d. Gelisah (5) menurun e. Nafsu makan (5) membaik	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis, nafas dalam, kompres hangat) Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 4. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

No.	Tujuan	Intervensi
1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mampu mencapai integritas kulit/jaringan yang meningkat dengan kriteria hasil : a. Kerusakan jaringan (5) menurun b. Kerusakan lapisan kulit (5) menurun c. Nyeri (5) menurun d. Kemerahan (5) menurun Perdarahan (5) menurun	Perawatan luka (1.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Bersihkan dengan cairan NaCl 2. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 3. Pertahankan teknik steril saat perawatan Wca Edukasi 1. Jelaskan tanda gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein Kolaborasi 1. Kolaborasi debridement, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik

11. Implementasi Keperawatan

Hari, tanggal	No. Dx	Catatan keperawatan	Ttd
Kamis, 06-02-2025 08.00 WIB	1,2	Memberikan terapi injeksi Ds : Pasien mengatakan bersedia Do : Obat injeksi masuk lewat threway : inj. Piayn 1,5 g/12 jam, inj antrian 19/8jam, inj ranitidine 50 mg/12 jam, inj asam tranexamat 500 mg/8jam	(Adel)
08.00 WIB	1,2	Mengganti cairan infus	(Adel)
		Ds : Pasien mengatakan cairan infus habis Do : Mengganti infus Nacl 0,9%, tetesan infus lancer 20 tpm.	
09.00 WIB	1,2	Menggantarkan pasien ke kamar operasi Ds : Pasien mengatakan takut karena baru pertama operasi Do : Pasien tampak cemas	(Adel)
09.40 WIB	1,2	Mengambil pasien ke kamar operasi Ds : - Do : Pasien tampak masih tertidru effi bius	(Adel)
13.30 WIB	1,2	Melakukan pengajian Ds : Pasien mengatakan nyeri post op dibagian leher kiri	

Hari, tanggal	No. Dx	Catatan keperawatan	Ttd
		belakang terasa tertusuk-tusk, skala nyeri 8 terus-menerus. Pasien mengatakan lemasl nafsu makan berkurang Do : Pasien tampak meringis menahan nyeri makan habis ½ porsi, luka sekitar area tempat kemerahan, luka sekitar $\pm$ 8 cm.	(Adel)
13.50 WIB	1,2	Melakukan TTV Ds : Pasien mengatakan bersedia di ukur TTV Do : Hasil TTV : TD : 115/82 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,6°C SPO² : 99%	(Adel)
14.00 WIB	1	Memberikan posisi nyaman pasien Ds : Pasien mengatakan bed tempat tidur ingin dinaikan Do : menaikkan bed tempat tidur/semifosler) pasien tampak nyaman	(Adel)

Hari, tanggal	No. Dx	Catatan keperawatan	Ttd
Jum'at 07-02-2025	1,2	Melakukan TTV + mengidentifikasi skala nyeri Ds : Pasien mengatakan bersedia di TTV, pasien mengatakan nyeri post op dileher kiri belakang nyeri terus menerus skala nyeri 5 nyeri hilang timbul Do : Hasil TTV : TD : 117/79 mmHg N : 76x/menit RR : 20x/menit S : 36,6°C SPO² : 98% Pasien tampak membaik, nafsu makan sudah membaik dan dari hasil operasi BLPL.	(Adel)
08.30 WIB	1,2	Memberikan terapi injeksi Ds : pasien mengatakan bersedia Do : obat injeksi masuk lewat threway, Inj picyn 1,59/12 jam. Inj antrian 19/8jam, Inj ranitidine 50 mg/12 jam, Inj asam tranexamat 500 mg/8jam, obat masuk sesuai terapi dan dokter.	(Adel)

Hari, tanggal	No. Dx	Catatan keperawatan	Ttd
09.00 WIB	1	Memberikan terapi non farmakologis (nafas dalam) Ds : Pasien mengatakan bersedia Do : Pasien tampak kooperatif saat diajarkan nafas dalam	(Adel)
09.30 WIB	2	Memonitor karakteristik luka, tanda infeksi dan mengganti balutan Ds : pasien mengatakan luka post op Do : luka sekitar tampak kemerahan, luka sekitar $\pm$ 8 cm, balutan luka rembes, balutan dilepas dan dibersihkan menggunakan Nacl lalu dibalut lagi menggunakan kassa yang baru/bersih.	(Adel)
12.00 WIB	1,2	Melakukan aff infus Ds : Pasien mengatakan bersedia Do : Infus dilepas pasien sudah diperbolehkan pulang dan menganjurkan pasien control rutin	(Adel)

12. Evaluasi

Hari/tanggal	No.Dx	Catatan Keperawatan	TTD
Jum'at, 07-02-2025	1	S : Pasien mengatakan nyeri cukup menurun - Nyeri luka dileher kiri belakang post op, luka terasa tertusuk-tusuk. - Nyeri dileher kiri belakang - Nyeri skala 5 - Nyeri hilang timbul O : Pasien tampak membaik Hasil TTV : TD : 117/79 mmHg N : 76x/menit RR : 20x/menit S : 36,6°C SPO² : 98% Kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas (4) cukup meningkat. 2. Keluhan nyeri (4) cukup menurun 3. Meringis (4) cukup menurun 4. Gelisah (5) menurun 5. Nafsu makan (5) membaik A : Pasien sudah mampu mencapai tingkat nyeri menurun P : Lanjutkan intervensi - Menganjurkan memonitor nyeri sendiri - Mengajarkan teknik nonfarmakologi (nafas dalam) untuk mengurangi nyeri	(Adel)

Hari, tanggal	No. Dx	Catatan keperawatan	Ttd
	2	S: Pasien mengatakan nyeri bagian leher kiri belakang post op, nyeri terasa tertusuk tusuk nyeri skala 5 nyeri hilang timbul O : - Pasien post op debridemen abses sub occipital sinistra - Sekitar area luka tampak kemerahan - Terdapat balutan sekitar $\pm$ 8 cm - Luka tidak rembes Hasil TTV : TD : 117/79 mmHg N : 76x/menit RR : 20x/menit S : 36,6°C SPO² : 98% Kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan (3) sedang 2. Kerusakan lapisan kulit (3) sedang 3. Nyeri (4) cukup menurun 4. Kemerahan (3) sedang 5. Perdarahan (3) sedang A : Pasien sudah mampu mencapai integritas kulit/jaringan meningkat P : Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein	(Adel)

B. Pembahasan

Pada bagian ini, penulis akan membahas respon nyeri pada asuhan keperawatan pada Ny.M dengan post debridement sub abses occipital diruang Sido Asih RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta.

1. Teknik Pengkajian Nyeri.

- a. Definisi nyeri menurut Zakiyah (2015:6), nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, unsur utama yang harus ada menurut Zakiyah (2015:6), nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, unsur utama yang harus ada untuk disebut nyeri adalah rasa tidak menyenangkan. Tanpa unsur itu tidak dapat dikategorikan sebagai nyeri walaupun sebaliknya, semua yang tidak menyenangkan dapat disebut sebagai nyeri. Nyeri terjadi akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata (*pain associate with actual damage*) nyeri yang demikian dinamakan nyeri akut yang dapat menghilang seiring penyembuhan jaringan dan nyeri yang demikian dapat ditemukan dalam kehidupan sehari-hari. Nyeri juga dapat terjadi tanpa adanya kerusakan jaringan tetapi digambarkan seolah-olah ada kerusakan jaringan hebat (*pain describe in term such damage*) terakhir ini justru timbul setelah penyembuhan jaringan usai.

Saat pengkajian Ny.M mengatakan bahwa nyeri adalah sensasi yang tidak nyaman yang mengganggu aktivitas. Dari hasil pengkajian yang dilakukan diperoleh data yang menunjukkan kesesuaian antara pengertian nyeri secara teori dengan kasus yaitu nyeri adalah sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai suatu penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi yang nyata, ancaman, dan fantasi luka.

b. Pola pengkajian fungsional nyeri

Pola persepsi kognitif menjelaskan persepsi sensoris dan kognitif. Pola persepsi sensoris meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau, dan kompensasinya terhadap tubuh, sedangkan pola kognitif di dalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, atau benda yang lain). (Nurlaila,2018).

Pada pengkajian Ny.M mengatakan mengetahui penyakit yang di deritanya dan pasien tau penyebabnya yaitu gaya hidup kurang sehat. Pasien mengatakan nyeri pada luka post op pada leher kiri belakang, nyeri terasa tertusuk-tusuk, skala nyeri yang di berikan pasien adalah skala 8, nyeri terasa terus menerus. Dari hasil pengkajian yang

dilakukan diperoleh data yang menunjukkan kesesuaian antara teori dengan kasus yang dianalisa yaitu pola persepsi sensori dan persepsi pada nyeri.

c. Prinsip pengkajian nyeri (PQRST)

1) P (*provoking*)

Menurut Carol R & Taylor, (2011); Tymbi, (2009), sebagaimana dikutip dalam Zakiyah (2015), pengkajian nyeri dilakukan dengan mengkaji faktor pencetus atau penyebab, faktor yang meringankan teknik atau keadaan yang dapat menurunkan nyeri, faktor yang memperberat teknik atau keadaan yang dapat meningkatkan nyeri. Jika dikaitkan dengan kasus Ny.M mengatakan bahwa nyeri bertambah saat berpindah posisi dari posisi berbaring ke posisi duduk dan nyeri berkurang saat pasien istirahat.

2) Q (*quality/quantity*)

Menurut Zakiyah (2015), kualitas nyeri merupakan deskripsi nyeri yang dirasakan seseorang, terdapat bermacam-macam karakteristik nyeri, yaitu seperti tertusuk-tusuk, teriris-iris, dan nyeri tumpul.

Dari khusus Ny.M mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk.

3) R (*region/relief*)

Menurut Zakiyah (2015), berdasarkan lokasinya nyeri

dibagi menjadi 4 yaitu somatic pain yaitu nyeri karena gangguan bagian luar tubuh akibat (laserasi, luka bakar, luka goresan dan sebagainya), nyeri pantom yaitu nyeri khusus yang

dirasakan klien yang mengalami amputasi atau pada klien yang menjalani operasi pengangkatan ekstermitas, nyeri menjalar yaitu sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain, nyeri seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh, nyeri dapat bersifat intermiten atau konstan. Nyeri alih yaitu nyeri yang timbul akibat adanya nyeri visceral yang menjalar ke organ sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat.

Pada kasus diperoleh data bahwa pasien mengatakan nyeri yang dialaminya terjadi pada leher kiri belakang, dapat disimpulkan jika nyeri yang dialami Ny.M adalah nyeri menjalar.

4) S (*severity*)

Menurut Zakiyah (2015), severity merupakan kekuatan dari nyeri dengan menggunakan skala nyeri. Menurut Risnah, et al., (2022), hasil pengukuran derajat nyeri yang diperoleh saat melakukan pengukuran secara mandiri dapat dipengaruhi oleh subyektifitas pasien akibat adanya pengaruh faktor fisiologi, psikologis, dan

lingkungan. Menurut Mubarak, et al.,(2015), untuk mengukur skala nyeri menggunakan sebuah alat ukur (painometer) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai

0 (tidak nyeri), 1-3 (nyeri ringan), 4-6 (nyeri sedang), 7-9 (sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol dengan aktivitas yang dapat dilakukan), 10 (sangat nyeri dan tidak bias dikontrol).

Pada saat dilakukan pengkajian Ny.M mengatakan jika rasa nyeri yang dialaminya berskala 8. Nyeri yang dialami pasien masuk dalam kategori sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol.

5) T (*time*)

Menurut Zakiah (2015), time/waktu merupakan waktu timbul nyeri, periode (durasi) nyeri dirasakan dapat hilang timbul maupun terus menerus.

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan intensitas nyeri terus menerus. Berbandingan teori dengan khusus pengkajian yang dilakukan pada Ny.M pasien mengatakan saat sakit pasien sudah mengetahui penyakit yang dialami oleh dirinya, pasien tidak ada gangguan pada panca indra seperti pendengaran dan fungsi memori, pasien mengeluh tidak merasa nyaman

karena nyeri pada luka post operasi pada leher kiri belakang, nyeri terus menerus dengan skala nyeri 8 (sangat nyeri), dan nyeri terasa tertusuk-tusuk. Perbandingan dengan kasus bahwa perspsi sensori pada pasien seperti pendengaran dan penglihatan tidak dalam gangguan, persepsi nyeri pada pasien adalah suatu kondisi yang tidak nyaman, skala nyeri yang di berikan pasien adalah skala 8. Dari hasil pengkajian yang dilakukan diperoleh data yang menunjukkan kesesuaian antara teori dengan kasus yang dianalisa yaitu Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau, dan kompensasinya terhadap tubuh, sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, atau benda yang lain). Dalam skala nyeri pasien mengatakan skala (sangat nyeri), dalam data menunjukkan kesesuaian dalam metode pengukuran intensitas nyeri (skala deskriptif) 1-3: nyeri ringan, 4-6: nyeri sedang, 7-9: nyeri berat terkontrol, 10: nyeri berat tak terkontrol.

2. Manajemen Nyeri

Menurut Bahrudin (2017) Manajemen nyeri merupakan salah satu aspek penting dalam pelayanan kesehatan karena nyeri dapat memengaruhi kondisi fisik, psikologis, hingga kualitas hidup pasien. Penanganan nyeri dapat dilakukan dengan dua pendekatan utama, yaitu farmakologi dan non-farmakologi. Terapi farmakologi meliputi pemberian obat-obatan seperti analgesik non-opioid (paracetamol, NSAID), opioid (tramadol, morfina), serta obat adjuvan seperti antidepresan dan antikonvulsan yang digunakan terutama untuk nyeri neuropatik. Pemilihan obat dilakukan berdasarkan tingkat keparahan nyeri, sebagaimana digambarkan dalam WHO analgesic ladder yang membagi terapi nyeri menjadi tiga tahap, dari nyeri ringan hingga berat. Sementara pendekatan non-farmakologi berperan sebagai terapi pendukung yang dapat meningkatkan efektivitas pengobatan. Metode ini meliputi terapi fisik (kompres hangat atau dingin, pijat), psikologis (relaksasi, meditasi), serta terapi komplementer seperti akupunktur dan aromaterapi. Pendekatan ini dinilai aman dan dapat membantu mengurangi ketergantungan terhadap obat.

Manajemen nyeri yang digunakan oleh pasien menunjukkan hasil positif setelah menerima kombinasi terapi farmakologi dan non-farmakologi. Ny.M diberikan terapi

farmakologi injeksi antrain 1g/8jam untuk meredakan nyeri dan diberikan terapi non-farmakologi nafas dalam atau berbaring ke arah kanan atau duduk untuk mengurangi ketegangan nyeri.

3. Respon Pasien Terhadap Nyeri

Menurut Mubarak Indrawanti dan Susanto (2015), banyak respon nonverbal yang bisa dijadikan indikator nyeri. Salah satunya adalah ekspresi wajah. Perilaku seperti menutup mata rapat-rapat, menggigit bibir bawah, serta sering dapat mengindikasikan nyeri. Selain ekspresi wajah, respon perilaku lain yang dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi (berteriak, menangis), imobilisasi tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan (misal, menendang-nendang, membolak-balikkan tubuh di atas kasur). Sementara respon fisiologis untuk nyeri bervariasi, bergantung pada sumber durasi nyeri. Pada awal awitan nyeri akut, respon fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama dan saraf simpatis telah beradaptasi, maka respon fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada. Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadap nyeri yang terjadi atau arti nyeri bagi klien.

Pada Ny.M saat dilakukan pengkajian terlihat memegang leher yang nyeri yaitu di leher bagian belakang dan

wajah menahan nyeri. Kesamaan teori dengan respon pasien kelolaan adalah saat merasakan nyeri pasien memegang area yang nyeri. Pasien kelolaan merasakan nyeri di area leher bagian belakang.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Mubarak, Indrawanti dan Susanto (2015:16-18), terjadinya nyeri dapat dipengaruhi berbagai faktor, di antara lain:

a. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu alamiah. Kebudayaan lain condong untuk melatih perilaku tertutup. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Latar belakang etnik dan budaya mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Pada pasien Ny.M mengatakan pasien adalah orang yang terbuka dan pasien dapat memberikan ekspresi nyeri.

b. Tahap perkembangan usia dan tahap perkembangan

Seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, orang terkadang cenderung kurang mampu mengungkapkan rasa nyeri. Menurut Zakiyah (2015), Usia mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada orang dewasa dan anak sangat

memengaruhi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

Pada pasien Ny.M dimana berusia 23 tahun merupakan usia yang masih muda sehingga pada usia tersebut diharapkan pasien dapat mengekspresikan reaksi nyeri dengan wajah meringis.

c. Lingkungan dan individu

Pendukung Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Saat di kaji Ny.M mengatakan mendapat dukungan kehadiran suami dan keluarganya saat ia dirawat di rumah sakit. Hal tersebut membuat pasien merasa lebih tenang sehingga nyeri yang dialami pasien tidak terlalu berat.

d. Pengalaman nyeri

Sebelumnya individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang lain saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum mengalaminya.

Selain itu keberhasilan atau kegagalan metode juga berpengaruh dalam harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini. Saat dikaji pasien Ny.M mengatakan belum

pernah merasakan nyeri seperti ini.

e. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang memengaruhi nyeri. Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespons terhadap nyeri, akan tetapi beberapa kebudayaan mempengaruhi pria dan wanita dalam mengekspresikan nyeri. Misalnya seorang pria tidak boleh menangis dan harus berani sehingga tidak boleh menangis sedangkan wanita boleh menangis dalam situasi yang sama. Pada pasien Ny.M berjenis kelamin wanita didapatkan data pengkajian bahwa pasien mengeluh nyeri pada bagian leher kiri belakang post operasi dan tidak bisa menahan nyeri dengan mengekspresikan wajah meringis.

f. Makna nyeri

Individu akan mengartikan nyeri berbeda-beda apabila tersebut memberi kesan ancaman, suatu nyeri kehilangan, hukuman, tantangan. Saat dikaji Ny.M mengatakan sakit ini adalah suatu hukuman kepada anaknya karena sebelum sakit pola makan pasien tidak teratur.

g. Gaya koping

Individu yang memiliki fokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu koping terhadap nyeri dapat dikatakan terkontrol baik. Saat

dikaji pasien Ny.M mengatakan untuk mengendalikan nyeri adalah tidur miring.

5. Jenis Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual maupun potensial. Nyeri dibagi menjadi beberapa jenis berdasarkan durasi, mekanisme fisiologis, dan lokasi. Klasifikasi ini penting untuk menentukan diagnosis, pengelolaan, dan terapi yang tepat. Nyeri akut nyeri yang berlangsung dalam waktu singkat, biasanya kurang dari 3 bulan. Biasanya merupakan respon fisiologis terhadap cedera jaringan, inflamasi, atau pembedahan. Nyeri akut biasanya membaik seiring dengan penyembuhan penyebab dasarnya. Nyeri kronis nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan atau melebihi waktu penyembuhan normal. Nyeri ini bisa menjadi masalah tersendiri, tidak selalu berkaitan dengan kerusakan jaringan yang jelas.

Pada pengkajian Ny.M didapatkan pasien mengatakan nyeri dibagian post operasi, nyeri skala 8, nyeri timbul terus menerus. Pasien tampak meringis menahan nyeri yang dirasakan.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan hasil dan pembahasan studi kasus respon nyeri pada asuhan keperawatan pasien dengan post debridement abses sub occipital diruang sidro asih dapat di ambil sebagai kesimpulan dan implikasi sebagai berikut

A. Kesimpulan

1. Pengkajian nyeri pada kasus dan teori terdapat pengkajian meliputi PQRST.
2. Manajemen nyeri pada pasien post operasi debridement abses sub occipital sinistra adalah terapi farmakologi diberikan injeksi antrain 1g/8jam dan non-farmakologi nafas dalam atau berbaring ke arah kanan atau duduk untuk mengurangi ketegangan nyeri.
3. Respon nyeri pasien post operasi debridement terlihat meringis menahan nyeri yang dirasakan.
4. Faktor yang mempengaruhi nyeri meliputi etnik dan nilai budaya, tahap perkembangan usia, lingkungan dan individu, pengalaman nyeri, jenis kelamin, makna nyeri, gaya coping.
5. Jenis nyeri pasien post debridement abses sub occipital sinistra adalah nyeri akut, nyeri yang berlangsung dalam waktu singkat, biasanya kurang dari 3 bulan

B. Implikasi Keperawatan

Berdasarkan kesimpulan, nyeri akut merupakan masalah yang dijumpai hampir pada semua pasien dengan post operasi debridement karena pasien mengalami nyeri dibagian leher kiri belakang post operasi, pucat, lemas. Untuk itu, ketika seorang perawat menghadapi klien post operasi debridement, penulis menyarankan kepada perawat untuk :

1. Menganjurkan pasien saat mengalami nyeri pada area post debridement dibagian leher kiri belakang untuk duduk atau berbaring ke arah kanan untuk membantu mengurangi ketegangan pada area nyeri.
2. Memberikan edukasi kepada pasien saat akan pulang, terutama mengenai cara mengenali tanda-tanda nyeri yang memburuk, pentingnya minum obat sesuai jadwal, dan kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alviani, E. T., Pebrianti, S., & Kurniawan, T. (2024). *Pengelolaan Pada Pasien Dm Tipe 2 Dengan Luka Abses Di Labio Superior Sinistra : Laporan Kasus*. SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah, 3(2), 1027–1033. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i2.2320>
- Bahrudin, M.(2017). Patofisiologi Nyeri (pain). Jurnal Kedokteran. Vol.13No.1.
- Frescos, N., & Copnell, B. (2020). *Podiatrists' views of assessment and management of pain in diabetes-related foot ulcers: A focus group study*. Journal of Foot and Ankle Research, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13047-020-00399-8>
- Furtado, L. M., Val Filho, J. A. C., Simas, R. T., & Ferreira, J. P. U. (2022). *Suboccipital extracranial and intracranial abscess of a neonate: an exceedingly rare occurrence*. BMJ Case Reports CP, 15(2), e246929.
- Kusumawati, H., Yatna, A., & Lebak, Y. (2022). Effect Of Debridement On Mandibula Abscess Patients: Case Study. Jurnal Eduhealth, 13(02), 2022. <http://ejournal.seaninstitute.or.id/index.php/health>
- Lailatul Badriah, Ligita, T., & Sukarni, S. (2023). Pengalaman Nyeri Saat Dilakukan Debridement pada Penderita dengan Luka Diabetikum. Jurnal Gawat Darurat, 5(1), 9–18. <https://doi.org/10.32583/jgd.v5i1.1080>
- Lee, C. C., & Liu, Y. T. (2020). *Occipitocervical fusion complicated with cerebellar abscess: a case report*. BMC musculoskeletal disorders, 21(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-3157-0>
- Lubis, K.A., Sitepu, J.F. (2021). Jurnal Kedokteran Ibnu Nafis. Angka Kejadian Nyeri Pasca Operasi Kebidanan di Rumah Sakit Umum Delma Medan Tahun 2020, 10 (2). www.jurnal.lppm-stikesfa.ac.id/ojs/index.php/FHJ.
- Mayer, D. O., Tettelbach, W. H., Ciprandi, G., Downie, F., Hampton, J., Hodgson, H., ... & Percival, S. L. (2024). *Best practice for wound debridement*. Journal of wound care, 33(Sup6b), S1-S32.

- Maulana, M. S. R. (2017). Pengaruh Perawatan Luka Dengan Modern Dressing Terhadap Kualitas Hidup Pasien Ulkus Diabetikum Di Griya Pusat Perawatan Luka Caturhardjo. Ekp, 13(3).
- Mubarak, Indrawanti dan Susanto. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 2. Salemba Medika: Jakarta
- Murti, A. C., Eriyani, T., & Setyorini, D. (2018). *Pemberian Abdominal Massage Pada Pasien Dengan Masalah Konstipasi Pasca Tindakan Craniotomy Debridement Abses Occipital Diruang Jasmine Rsud Sumedang*. Sentri: Jurnal Riset Ilmiah, 3(4), 1981-1989.
- Nurlaila, & Utami, W. (2018). Buku Ajar Keperawatan Anak. Lautikaprio: Yogyakarta.
- Rochmah, Y. S. (2018). *Ekspansi Abses Bukal Sinistra Kearah Colli dan Thoraks Disertai Perforasi Gaster*. Odonto: Dental Journal, 5(2), 157-160
- Suhandha, S., Andira, R. A., & Rahayu, G. Z. (2023). *Wound Treatment with Absorbent Dressing Technique for Post-operative Submandibular Abscess Patients*. Genius Journal, 4(1), 265-273.
- Suwondo B, Meliala L dan Sudadi. (2017). Buku Ajar Nyeri. Perkumpulan Nyeri Indonesia: Yogyakarta.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standart Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Zakiah Ana. 2015. Nyeri : Konsep dan Penatalaksanaan dalam Praktik Keperawatan Berbasis Bukti. Jakarta, Salemba Medika.
- Zam, S. N. A., Ikrimazahra, B., Putri, D. H., Sekarini, N. I., & Pulungan, K. (2024). *Penatalaksanaan Abses Submandibula Sinistra Et*

Causa Gangren Radix Pada Pasien Hepatitis Di RSUD Sultan Fatah Demak. Cakradonya Dental Journal, 16(1), 24-29.