BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Apendiksitis

2.1.1 Pengertian

Apendisitis merujuk pada kondisi inflamasi, baik akut maupun kronik, yang menyerang apendiks vermiformis akibat tersumbatnya saluran dalam organ tersebut. Inflamasi ini timbul karena infeksi dari mikroorganisme yang menembus hingga lapisan submukosa apendiks dan pada akhirnya menjalar ke seluruh lapisan dindingnya. Sumbatan pada saluran apendiks memicu peradangan akut, yang selanjutnya mengakibatkan terhambatnya aliran darah vena dan terganggunya suplai darah arteri. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan gangren pada bagian ujung apendiks atau area yang mengalami penyumbatan. Jika tidak ditangani, dapat terjadi perforasi sehingga infeksi menyebar ke jaringan di sekitarnya seperti omentum dan usus halus, atau bahkan berkembang menjadi peritonitis yang menyeluruh (Yulis Hati et al., 2023)

2.1.2 Etiologi

Apendisitis akut adalah kondisi inflamasi yang dipicu oleh infeksi bakteri. Faktor pencetusnya beragam, salah satunya adalah obstruksi di dalam rongga apendiks. Obstruksi ini dapat disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfoid, fekalit (batu tinja), neoplasma apendiks, atau infestasi parasit *Ascaris*. Selain itu, kerusakan mukosa apendiks akibat infeksi

parasit seperti *Entamoeba histolytica* juga dianggap sebagai faktor penyebab (Sjamsuhidajat, 2017).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Gejala-gejala khas yang biasanya dialami pasien radang usus buntu meliputi:

1. Awalnya muncul rasa tidak nyaman berupa ngilu atau pegal di bagian tengah perut atas, sekitar pusar. Dalam hitungan jam, keluhan ini kemudian bergeser ke perut kanan bawah, tepatnya di area titik McBurney (suatu titik di antara tengah pusar dan tulang panggul depan). Rasa sakitnya pun berubah menjadi lebih menusuk.
2. Pada kondisi yang sudah parah di mana usus buntu pecah dan nanah menyebar di rongga perut, nyeri dapat dirasakan di seluruh bagian perut akibat peradangan selaput rongga perut.
3. Perasaan ingin mual.
4. Dorongan untuk muntah.
5. Hilangnya selera makan.
6. Sembelit atau susah buang air besar.
7. Peningkatan suhu tubuh atau demam.

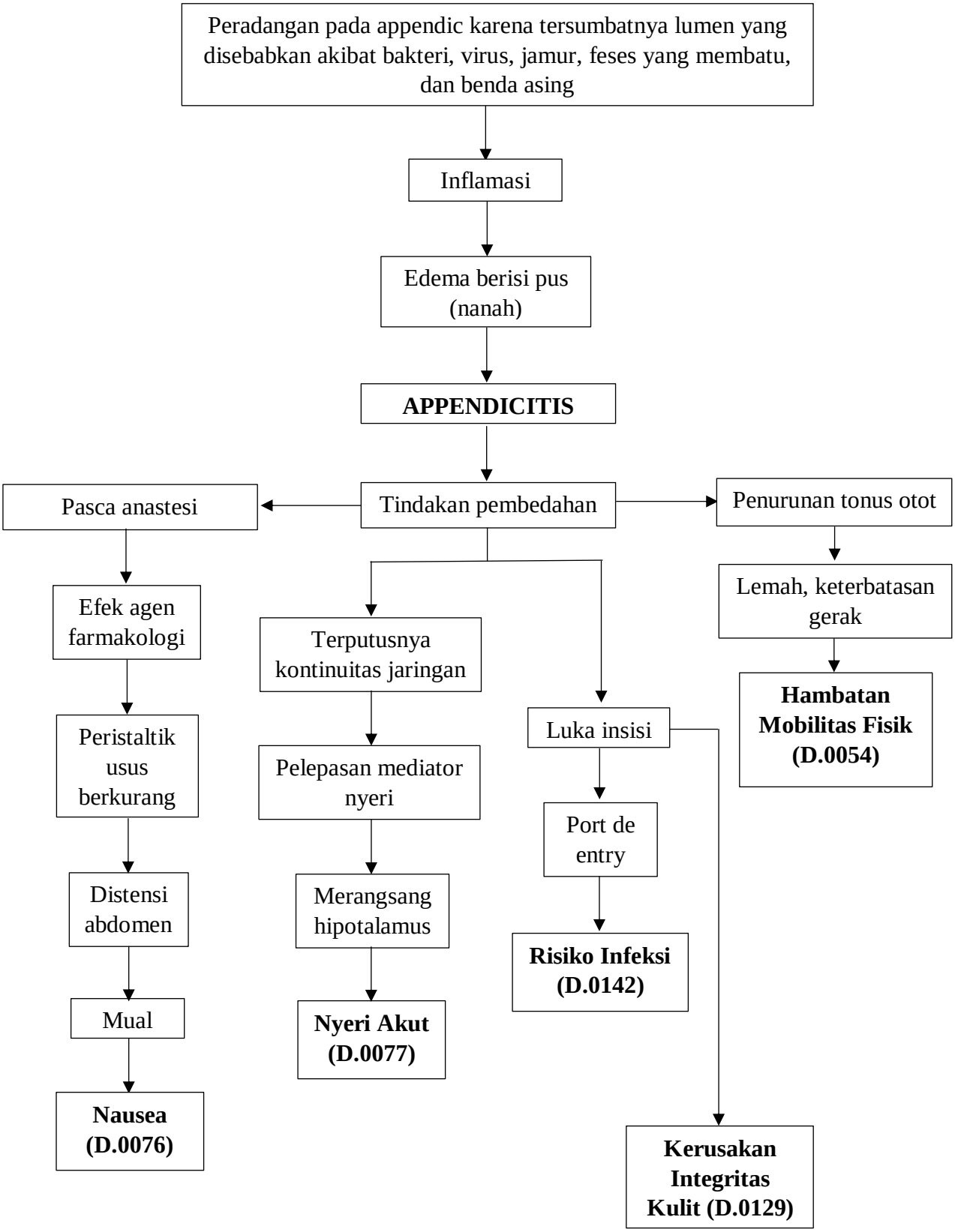
(Cristie et al., 2021)

2.1.4 Patofisiologi

Inflamasi akut pada usus buntu umumnya menunjukkan manifestasi klinis yang cukup khas akibat proses peradangan mendadak pada organ tersebut. Keluhan utama biasanya berupa rasa sakit di perut kanan

bawah, sering disertai dengan peningkatan suhu tubuh yang tidak terlalu tinggi, perasaan mual, dorongan untuk muntah, serta penurunan keinginan untuk makan. Pada kondisi di mana usus buntu mengalami peradangan, titik nyeri tekan sering ditemukan di daerah perut kanan bawah, tepatnya di area McBurney—suatu lokasi anatomi yang terletak di antara pusar dan tonjolan tulang panggul anterior kanan. Intensitas nyeri tekan, ketegangan otot perut, serta adanya gangguan buang air besar seperti sulit BAB atau justru diare tidak selalu berkorelasi langsung dengan tingkat keparahan infeksi maupun posisi anatomis usus buntu. Jika usus buntu terletak di belakang sekum, keluhan nyeri dan nyeri tekan lebih dominan di daerah pinggang. Apabila bagian ujung usus buntu berada di rongga panggul, tanda-tanda klinis kadang hanya dapat terdeteksi melalui pemeriksaan colok dubur. Rasa sakit saat buang air besar mengindikasikan bahwa ujung usus buntu berada dekat dengan rektum, sementara nyeri saat buang air kecil menunjukkan kedekatan lokasi dengan kandung kemih atau saluran kemih. Pada beberapa kasus dapat dijumpai kekakuan otot di perut kanan bawah. Salah satu tanda pemeriksaan fisik yang mungkin muncul adalah nyeri di perut kanan bawah justru dirasakan saat dilakukan penekanan di perut kiri bawah. Jika usus buntu pecah, nyeri cenderung menyebar ke seluruh perut, disertai dengan pembengkakan perut akibat gangguan pergerakan usus, dan keadaan pasien umumnya mengalami penurunan (Mugi Hartoyo et al., 2022).

2.1.5 Pathway


Peradangan pada appendic karena tersumbatnya lumen yang disebabkan akibat bakteri, virus, jamur, feses yang membatu, dan benda asing
Inflamasi
Edema berisi pus (nanah)
APPENDICITIS
Pasca anastesi
Tindakan pembedahan
Penurunan tonus otot
Efek agen farmakologi
Terputusnya kontinuitas jaringan
Lemah, keterbatasan gerak
Peristaltik usus berkurang
Pelepasan mediator nyeri
Luka insisi
Hambatan Mobilitas Fisik (D.0054)
Distensi abdomen
Merangsang hipotalamus
Port de entry
Mual
Nyeri Akut (D.0077)
Risiko Infeksi (D.0142)
Nausea (D.0076)
Kerusakan Integritas Kulit (D.0129)

2.1.6 Komplikasi

Berdasarkan uraian Smeltzer dan Bare (2018), terdapat dua komplikasi utama yang dapat muncul dari kondisi apendisitis:

1) Perforasi

Perforasi ditandai dengan terbentuknya suatu massa yang merupakan gabungan dari apendiks, sekum, dan bagian dari usus halus. Kejadian ini umumnya dijumpai pada sekitar 70% kasus. Gejala klinis yang menyertai perforasi antara lain suhu tubuh yang tinggi hingga mencapai 39,5°C dengan penampakan pasien yang tampak toksik, nyeri tekan yang menyebar di seluruh area perut, serta peningkatan jumlah sel darah putih (leukositosis) yang diakibatkan oleh proses perforasi dan pembentukan nanah (abses).

2) Peritonitis

Peritonitis merupakan suatu peradangan pada selaput rongga perut yang disebabkan oleh infeksi. Pada kondisi yang lebih jarang, infeksi ini dapat menyebar ke sistem pembuluh darah vena porta, yang ditunjukkan dengan gejala demam tinggi antara 39°C hingga 40°C disertai menggigil dan munculnya penyakit kuning (ikterus).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Fisik

Berdasarkan penelitian Saputro dan Rosyidah (2018), proses penilaian klinis untuk kasus apendisitis mencakup beberapa aspek evaluasi sebagai berikut:

1. Observasi Visual: Teramati pembesaran area abdomen diikuti dengan peningkatan ketegangan otot dinding perut.
2. Evaluasi Manual: Penekanan pada kuadran kanan bawah abdomen memicu sensasi nyeri yang berlanjut bahkan setelah tekanan dilepaskan, dikenal sebagai tanda Blumberg.
3. Tes Posisi Tungkai: Peningkatan intensitas nyeri abdomen terjadi ketika kaki kanan dilipat atau diangkat, mengindikasikan tanda Psoas.
4. Pemeriksaan Internal: Nyeri yang muncul saat pemeriksaan rektal atau vagina memperkuat kecurigaan adanya inflamasi apendiks.
5. Pengukuran Suhu: Suhu rektal yang secara konsisten lebih tinggi daripada suhu ketiak memberikan dukungan tambahan untuk diagnosis apendisitis.

2. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dalam mendiagnosis Apendisitis mencakup hitung darah lengkap dan CRP (protein C-reaktif). Parameter utama pada hitung darah lengkap yang mengindikasikan Apendisitis akut adalah peningkatan jumlah sel darah putih (leukositosis) dan neutrofil. Leukosit di atas 10.000 per mikroliter menunjukkan Apendisitis tanpa komplikasi, sementara angka di atas 18.000 per mikroliter mengarah pada dugaan Apendisitis yang sudah berlubang. CRP umumnya meningkat apabila gejala telah berlangsung lebih dari 12 jam. Kombinasi dari ketiga penanda tersebut dapat meningkatkan

keakuratan diagnosis Apendisitis akut hingga 97 – 100 persen (Wardhana, 2021).

3. USG

Meskipun akurasinya tidak setinggi CT-Scan atau MRI, Ultrasonografi (USG) merupakan modalitas pencitraan yang paling umum dipakai sebagai penunjang diagnosis Apendisitis. Alasan pemilihannya antara lain kemudahan penggunaan, biaya terjangkau, dan sifatnya yang non-invasif. Namun, ketepatan hasil USG sangat bergantung pada keahlian operator dan kualitas alat. Faktor lain yang dapat memengaruhi kualitas gambar meliputi kondisi obesitas pasien, adanya gas usus di sekitar apendiks, volume cairan peradangan di sekitarnya, serta letak anatomi apendiks itu sendiri (Wardhana, 2021).

4. CT-Scan

Computed Tomography (CT-Scan) diakui sebagai modalitas pencitraan yang paling andal untuk membantu menegakkan diagnosis Apendisitis pada pasien dewasa. Di Amerika Serikat, CT-Scan digunakan pada sekitar 86% kasus Apendisitis dengan tingkat sensitivitas mencapai 92,3%. Kendati demikian, paparan radiasi serta keterbatasan ketersediaan alat menjadi hambatan dalam penggunaannya secara luas (Wardhana, 2021).

5. MRI

Pemeriksaan Magnetic Resonance Imaging (MRI) dapat menghindari risiko paparan radiasi, namun perannya yang khusus serta tingkat spesifisitasnya dalam mendiagnosis kondisi abdomen akut

masih menjadi bahan perdebatan. Selain itu, tidak semua fasilitas kesehatan memiliki akses terhadap MRI, dan proses pemeriksaannya yang tidak dapat dilakukan secara cepat menjadi kelemahan utama metode ini dalam situasi gawat darurat (Wardhana, 2021).

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan klinis pada kasus appendisitis mengacu pada pedoman yang diuraikan oleh Wijaya dan Putri (2013), yang dapat dikelompokkan menjadi tiga fase utama:

1. Tahap Praoperasi

   Pada fase ini, fokus utama adalah pemantauan ketat dan stabilisasi pasien sebelum tindakan bedah.

   a. Observasi Klinis

      Dalam kurun 8-12 jam pertama sejak muncul gejala, diagnosis seringkali belum definitif. Pasien direkomendasikan untuk beristirahat total dan tidak diberikan asupan oral. Pemberian obat pencahar dihindari jika terdapat kecurigaan appendisitis. Pemantauan meliputi pemeriksaan perut dan rektal berkala, tes darah lengkap, serta foto radiografis toraks dan abdomen untuk mengidentifikasi kemungkinan komplikasi. Diagnosis umumnya dapat ditegakkan setelah nyeri terlokalisasi di kuadran kanan bawah dalam 12 jam.

   b. Terapi Antibiotik

Pada kasus tanpa komplikasi, antibiotik biasanya tidak diresepkan. Penggunaannya diindikasikan untuk tipe gangren atau perforasi. Penting untuk dicatat bahwa menunda pembedahan hanya dengan mengandalkan antibiotik berisiko menyebabkan pembentukan abses atau ruptur.

2. Tindakan Bedah (Appendiktomi)

   Prosedur appendiktomi bertujuan untuk mengangkat apendiks yang mengalami inflamasi atau infeksi. Untuk apendiks yang telah perforasi, tindakan dilanjutkan dengan irigasi rongga perut menggunakan larutan fisiologis dan pemberian antibiotik. Jika telah terbentuk abses, penanganan awal berupa pemberian antibiotik intravena. Abses dapat mengecil secara spontan atau memerlukan prosedur drainase. Appendiktomi kemudian dapat dilakukan secara elektif dalam jangka waktu 6 minggu hingga 3 bulan berikutnya.

3. Tahap Pascaoperasi

   Pemulihan pascabedah melibatkan pemantauan berkelanjutan dan rehabilitasi bertahap.

   a. Pemantauan tanda-tanda vital dilakukan untuk mendeteksi dini komplikasi seperti perdarahan internal atau syok. Selang nasogastrik dapat dilepas setelah pasien sadar penuh untuk mencegah aspirasi. Posisi semi-duduk (Fowler) dapat diterapkan. Pasien tetap dipuasakan hingga tidak ditemukan

gangguan dalam 12 jam pertama; puasa diperpanjang pada kasus perforasi atau peritonitis hingga fungsi usus kembali normal.

b. Mobilisasi pasien dilakukan secara bertahap, dimulai duduk di tepi tempat tidur pada hari pertama, beraktivitas di luar ruangan pada hari kedua, hingga jahitan operasi dapat dilepas dan pasien diperbolehkan pulang sekitar hari ketujuh.

2.2 Konsep Laparatomi

2.2.1 Pengertian

Menurut Lakaman (2013) Laparatomi adalah prosedur bedah yang dilakukan dengan membuat insisi vertikal besar pada dinding perut untuk membuka rongga abdomen. Tindakan operatif ini diterapkan dalam penanganan kasus-kasus bedah pencernaan dan urologi dalam Irgi Biantara et al., (2023).

2.2.2 Etiologi

Tindakan laparotomi dilakukan sebagai respons terhadap beberapa kondisi patologis di dalam rongga perut. Berikut adalah sejumlah penyebab yang mengindikasikan perlunya intervensi bedah tersebut:

a. Peradangan Peritoneum (Peritonitis)

Kondisi ini merujuk pada inflamasi yang terjadi pada peritoneum, yaitu membran serosa yang melapisi rongga abdomen dan organ-organ di dalamnya. Peradangan ini umumnya dipicu oleh infeksi bakteri, baik yang berasal dari organ pencernaan yang mengalami

penyakit maupun dari sumber eksternal seperti luka trauma (Sari, K.,dan Muttaqin,2013).

b. Cedera pada Rongga Perut

Cedera pada daerah perut, baik yang bersifat tumpul (seperti akibat benturan) maupun tajam/tembus (seperti akibat tusukan), merupakan alasan umum untuk tindakan bedah eksploratif. Penyebab trauma abdomen beragam, antara lain kecelakaan transportasi, tindak kekerasan, cedera olahraga, atau jatuh dari ketinggian (Smeltzer, 2001).

c. Gangguan Patensi Usus

Ileus atau obstruksi usus adalah terhambatnya pergerakan isi usus sepanjang saluran pencernaan. Hambatan ini dapat bersifat akut atau kronis, serta parsial atau total. Keadaan ini terjadi ketika material dalam usus tidak dapat bergerak maju, yang sering kali disebabkan oleh faktor seperti pertumbuhan tumor atau masuknya batu empedu ke dalam saluran usus (Nurarif dan Kusuma, 2015).

d. Pertumbuhan Neoplasma Intra-Abdomen

Indikasi ini mencakup adanya pertumbuhan massa atau pembengkakan abnormal di dalam rongga perut akibat neoplasma. Sel-sel neoplastik ini memiliki karakteristik tumbuh secara otonom (tidak terkendali), progresif, dan tidak berfungsi sesuai fisiologi normal. Contoh tumor intra-abdomen antara lain neoplasma pada lambung, usus halus, kolon, hati, limpa, ginjal, dan pankreas (Oswari, 2009).

Selain etiologi di atas, tindakan laparatomi juga sering dipertimbangkan berdasarkan manifestasi klinis yang muncul pada pasien. Gejala-gejala kunci yang dapat mengarah pada keputusan pembedahan meliputi:

a. Nyeri Tekan Abdomen: Sensitivitas atau rasa sakit yang muncul saat daerah abdomen ditekan, mengindikasikan adanya kerusakan atau iritasi jaringan di bawahnya.
b. Konstipasi: Kesulitan dalam proses defekasi yang melibatkan perubahan frekuensi dan konsistensi feses.
c. Gangguan Integumen: Perubahan pada kulit dan jaringan di bawahnya, yang berperan dalam regulasi suhu dan perlindungan organ.
d. Perubahan Tanda Vital: Termasuk fluktuasi tekanan darah, denyut nadi di luar rentang normal (60-100 kali/menit), serta pola pernapasan yang tidak reguler.
e. Kelemahan Umum: Penurunan kapasitas fungsional dan stamina tubuh secara signifikan.
f. Gejala Gastrointestinal: Seperti rasa mual yang mendahului muntah, muntah itu sendiri sebagai refleks pengosongan lambung paksa, serta anoreksia yang ditandai dengan penolakan untuk makan sehingga berdampak pada berat badan (Smeltzer, 2013).

2.2.3 Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat muncul setelah prosedur laparotomi meliputi:

a. Gangguan Perfusi Jaringan akibat Tromboflebitis

Tromboflebitis pascaoperasi umumnya muncul dalam kurun 7 hingga 14 hari setelah pembedahan. Risiko utama dari kondisi ini adalah terlepasnya bekuan darah dari dinding vena, yang kemudian dapat berpindah mengikuti aliran darah dan menyebabkan emboli di organ vital seperti paru-paru, hati, atau otak. Upaya pencegahan yang direkomendasikan antara lain mobilisasi dini dan latihan gerak kaki secara teratur setelah operasi (Jitowiyono, 2010).

b. Gangguan Integritas Kulit akibat Infeksi Luka

Infeksi pada area insisi bedah biasanya mulai tampak dalam 36 sampai 48 jam pascaoperasi. Patogen yang paling sering ditemukan adalah Staphylococcus aureus, yang merupakan bakteri gram positif. Penanganan dan perawatan luka harus selalu menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik secara ketat untuk mencegah kontaminasi (Arif Mansjoer, 2010).

c. Gangguan Integritas Kulit akibat Dehisensi Luka dan Eviserasi

Dehisensi luka merujuk pada terbukanya kembali tepi insisi bedah, sedangkan eviserasi merupakan kondisi yang lebih serius di mana organ dalam keluar melalui celah insisi tersebut. Faktor penyebab utamanya mencakup infeksi luka operasi, kesalahan teknik dalam penutupan luka selama pembedahan, serta peningkatan tekanan intra-abdomen yang signifikan akibat aktivitas seperti batuk atau muntah (Jitowiyono, 2010).

2.2.4 Indikasi

Tindakan laparotomi diindikasikan pada berbagai kondisi medis yang memerlukan intervensi bedah abdomen. Indikasi tersebut mencakup trauma abdomen (baik tumpul maupun penetrasi), ruptur hati, obstruksi pada usus halus atau usus besar, peritonitis, perdarahan internal dalam saluran pencernaan, serta adanya massa atau tumor intra-abdomen. Selain itu, dalam bidang obstetri dan ginekologi, prosedur ini juga sering dilakukan, salah satunya adalah untuk persalinan melalui operasi sesar (Syamsuhidayat dan Wim De Jong, 2010). Beberapa Kondisi Spesifik yang Memerlukan Laparotomi

a. Apendisitis

   Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada apendiks vermiformis, sebuah tonjolan buntu yang terdapat di sekum. Jika infeksi berkembang menjadi berat, dapat terjadi ruptur atau pecahnya apendiks tersebut (Jitowiyono, 2010).

b. Sectio Caesarea

   Sectio caesarea adalah suatu prosedur bedah untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus, dengan syarat uterus masih utuh dan berat janin lebih dari 500 gram. Terdapat dua teknik utama: sectio caesarea klasik dengan insisi memanjang sepanjang korpus uteri (sekitar 10-12 cm), dan sectio caesarea ismika dengan insisi melintang pada segmen bawah rahim dengan panjang yang serupa (Syamsuhidayat dan Wim De Jong, 2010).

c. Peritonitis

Peritonitis merupakan inflamasi pada peritoneum, yaitu membran serosa yang melapisi rongga abdomen. Kondisi ini dapat disebabkan oleh infeksi bakteri yang berasal dari saluran cerna, atau dari sumber eksternal seperti trauma fisik (Sari, K., dan Muttaqin, A., 2013).

d. Kanker Kolon

Kanker kolorektal, yang sebagian besar (95%) merupakan adenokarsinoma, sering kali bermula dari polip jinak yang kemudian berubah menjadi ganas. Sel kanker dapat menginvasi jaringan sekitar dan bermetastasis, terutama ke organ hati. Gejala utama meliputi perubahan pola defekasi dan adanya darah dalam feses, disertai dengan anemia, anoreksia, penurunan berat badan, dan kelelahan. Penatalaksanaan utama untuk kebanyakan kasus kanker kolorektal adalah pembedahan, yang dapat bersifat kuratif atau paliatif. Untuk kanker yang terlokalisir, pengangkatan dapat dilakukan melalui kolonoskopi. Teknik baru seperti kolektomi laparoskopik juga telah dikembangkan untuk meminimalkan invasivitas prosedur bedah, dengan menggunakan laparoskop sebagai panduan selama operasi (Price dan Wilson, 2006).

2.2.5 Proses Kesembuhan

Mekanisme biologis penyembuhan luka pada dasarnya mengikuti pola yang serupa, meskipun lokasi dan penyebabnya berbeda. Secara fisiologis, proses ini berlangsung melalui beberapa tahap berurutan: fase inflamasi akut sebagai respons awal terhadap cedera, fase destruktif, fase proliferasi, dan diakhiri dengan fase maturasi atau pematangan (Arisanty, 2012). Suatu luka dianggap

sembuh secara fungsional ketika jaringan parut yang terbentuk telah cukup stabil dan tidak membatasi aktivitas normal individu. Keseluruhan proses ini merupakan rangkaian interaksi seluler dan biokimia yang sangat kompleks (Boyle, 2009).

Proses penyembuhan khusus setelah laparotomi dapat diuraikan ke dalam beberapa fase kronologis (Jitowiyono, 2010):

1. Fase Inflamasi Awal (Hari 1-3): Tahap ini ditandai dengan dominasi sel darah putih (leukosit) yang masih rentan di lokasi insisi. Sel-sel darah ini memulai proses penyembuhan dengan membentuk struktur awal seperti kerangka dari benang-benang fibrin.
2. Fase Proliferasi (Hari ke-3 hingga ke-14): Pada fase ini terjadi pengisian defek luka oleh kolagen. Sel epitel biasanya telah menutupi permukaan luka dalam waktu satu minggu. Jaringan granulasi yang baru tumbuh tampak kuat dan berwarna kemerahan.
3. Fase Pematangan Awal (Minggu ke-2 hingga ke-10): Produksi kolagen terus berlanjut secara intensif. Jaringan baru yang terbentuk semakin matang dan mulai mendapatkan kembali fungsi serta kekuatan mekanisnya.
4. Fase Remodeling (Berkelanjutan): Pada fase akhir ini, jaringan parut mengalami proses penyusutan dan pemadatan (kontraksi) secara bertahap untuk mencapai bentuk dan konsistensi akhir.

2.3 Konsep Kompres Dingin

2.3.1 Definisi Kompres

Terapi kompres adalah suatu metode penatalaksanaan termal yang dilakukan dengan mengaplikasikan media bersuhu tertentu baik hangat

maupun dingin pada area tubuh spesifik. Menurut Asmadi (2008), intervensi ini bertujuan untuk melakukan termoregulasi lokal serta merangsang sirkulasi darah di daerah yang ditargetkan.

2.3.2 Tujuan Kompres

Aplikasi kompres dilakukan dengan beberapa tujuan klinis utama, antara lain:

a. Mempercepat proses penyembuhan pada area luka.
b. Mengurangi intensitas rasa sakit atau ketidaknyamanan.
c. Meningkatkan laju aliran darah ke jaringan setempat.

2.3.3 Fisiologi Kompres

Terapi kompres dingin merupakan modalitas yang memanfaatkan suhu rendah secara lokal untuk menghasilkan sejumlah respons fisiologis. Yuspina (2018) menjelaskan bahwa efek analgetik (penghilang nyeri) dari suhu dingin terutama diperantarai oleh mekanisme neurologis. Pendinginan menyebabkan penurunan kecepatan konduksi saraf, sehingga jumlah impuls nyeri yang sampai ke pusat persepsi di otak menjadi berkurang. Sebagai contoh, pada penatalaksanaan nyeri punggung, aplikasi kompres dingin tidak hanya membantu meredakan nyeri tetapi juga menginduksi relaksasi otot, menghasilkan efek sedatif, dan memberikan sensasi mati rasa di area tersebut. Dengan memperlambat hantaran saraf, terapi ini efektif dalam menunda atau mengurangi transmisi sinyal rasa sakit.

2.4 Konsep Musik Klasik

2.4.1 Pengertian

Berdasarkan definisi Banoe (2003), istilah "musik klasik" mengacu pada komposisi musik dari periode historis tertentu yang memiliki karakteristik dan kaidah penyajian yang formal. Istilah ini sering disandingkan dengan pengertian musik serius yang karya-karyanya telah memenuhi standar nilai klasik.

Dalam kajian musikologi, menurut Kustap (2008), terminologi 'klasik' dapat merujuk pada tiga konteks yang berbeda. Pertama, sebagai kategori kronologis untuk menyebut musik dari peradaban Yunani Kuno. Kedua, sebagai penanda era gaya musik yang berkembang pesat di Wina pada abad ke-18, dengan Haydn, Mozart, dan Beethoven sebagai figur utamanya. Ketiga, sebagai label genre untuk menyebut musik seni atau art music dalam konteks kontemporer.

Secara fundamental, terdapat perbedaan orientasi antara musik klasik dan musik populer atau hiburan. Musik hiburan sering kali berfungsi sebagai sarana relaksasi dan pelepas lelah, sementara musik klasik lebih menekankan penyajian nilai estetika dan artistik yang mendalam. Pendengar musik hiburan cenderung bersikap pasif, sedangkan apresiasi terhadap musik klasik melibatkan keterlibatan aktif untuk menikmati kompleksitas karyanya. Secara teknis, keduanya mungkin sama-sama menggunakan sistem diatonis, namun pengolahan elemen musikal pada komposisi klasik yang lebih rumit dan elaboratif bertujuan untuk memberikan pengalaman artistik serta kepuasan estetis yang lebih tinggi bagi pendengarnya (Kustap, 2008).

2.4.2 Karakteristik

Musik klasik yang digunakan untuk tujuan terapi umumnya memiliki ciri-ciri tertentu, seperti aransemen yang tidak terlalu kompleks, dinamika yang stabil, serta alunan nada yang tenang dan harmonis. Karya-karya komposer seperti Mozart sering menjadi pilihan karena memenuhi kriteria tersebut (Syafitri et al., 2024). Komposisi Mozart diketahui dapat mendukung peningkatan konsentrasi, memperkuat memori, dan memfasilitasi keterlibatan sosial.

Secara fisiologis, terapi musik klasik berperan dalam memodulasi gelombang otak, khususnya gelombang alfa yang berasosiasi dengan kondisi relaksasi dan kewaspadaan tenang, dengan rentang frekuensi 8-13 Hz. Penurunan frekuensi gelombang ini berkorelasi dengan peningkatan perasaan tenang dan kenyamanan. Ketika seseorang mengalami kesulitan fokus, berada dalam kondisi melamun, atau dilanda gejolak emosi, mendengarkan musik klasik dapat membantu memulihkan kesadaran penuh dan mengembalikan keteraturan proses kognitif (Apriliani et al., 2021).

2.4.3 Efektivitas

Efektivitas musik klasik dalam menurunkan persepsi nyeri melibatkan serangkaian proses neurologis yang kompleks. Stimulus akustik dari musik diterima oleh sistem pendengaran dan ditransmisikan melalui jalur saraf menuju pusat pemrosesan di otak. Komposisi musik yang menenangkan diketahui mampu merangsang kelenjar hipofisis untuk melepaskan endorfin dan dinorfin zat endogen yang memiliki sifat analgesik mirip morfin. Sensasi nyeri yang dialami menjadi berkurang

karena transmisi rangsangan sakit di otak dan sumsum tulang belakang terhambat oleh neurotransmiter yang dilepaskan (Antarika et al., 2021).

Di sisi lain, bunyi-bunyian dari musik klasik mampu berkomunikasi langsung dengan area otak yang disebut sistem limbik. Bagian ini memiliki tugas penting untuk mengatur perasaan serta mengelola gerakan tubuh manusia. Interaksi ini menghasilkan berbagai manfaat fisiologis, seperti penurunan tonus otot, pengalihan perhatian dari rangsang nyeri, serta modulasi fungsi otonom yang berdampak pada stabilisasi tekanan darah, detak jantung, dan pola pernapasan (Antarika et al., 2021). Paparan terhadap musik klasik juga merangsang munculnya gelombang otak alfa dan beta, menciptakan kondisi psikologis yang nyaman yang mendukung relaksasi, meningkatkan penerimaan informasi, serta memperbaiki kualitas tidur (Puspitarini et al., 2021).

Teori Kontrol Gerbang (Gate Control Theory) menjelaskan bahwa persepsi nyeri dapat dimodulasi oleh mekanisme penghambatan di sistem saraf pusat. Sinyal nyeri dari perifer harus melewati "gerbang" di medula spinalis sebelum diproses lebih lanjut di otak. Jika gerbang ini "tertutup" oleh aktivitas saraf non-nosiseptif, transmisi sinyal nyeri akan terhambat (Uma et al., 2020).

Musik klasik, khususnya karya Mozart, berperan dalam menutup gerbang ini melalui dua mekanisme utama. Pertama, dengan menginduksi gelombang alfa dan beta yang meningkatkan sekresi endorfin. Kedua, dengan menghambat pelepasan Substansi P, sebuah

neurotransmiter kunci dalam menyampaikan sinyal nyeri. Endorfin yang dilepaskan akan berikatan dengan reseptor di sinapsis spinal, mencegah neuron pra-sinaptik melepaskan Substansi P. Akibatnya, transmisi impuls nyeri dari neuron perifer ke neuron ascending terblokir, yang pada akhirnya mengurangi persepsi nyeri di tingkat pusat (Thakare et al., 2022).

2.4.4 Manfaat

Aplikasi terapi musik klasik memberikan beragam manfaat dalam meningkatkan kesejahteraan psikofisiologis dan mengoptimalkan fungsi kognitif. Stimulasi auditori ini memengaruhi sistem limbik dan saraf otonom, sehingga menciptakan sensasi ketenangan, keamanan, dan kepuasan. Kondisi psikologis ini kemudian merangsang sekresi senyawa neurokimia seperti *Gamma Aminobutyric Acid* (GABA), enkefalin, dan beta-endorfin, yang berperan dalam mengurangi aktivitas neuromediator terkait dengan depresi, kecemasan, dan stres. Hasilnya adalah peningkatan suasana hati dan stabilitas emosi (Agnecia, 2021).

Menurut Astuti (2022), manfaat spesifik terapi musik klasik mencakup:

a. Membangkitkan memori emosional yang tersimpan dan mengubah kondisi psikologis saat ini menjadi lebih optimis, penuh kreasi, dan menyenangkan.
b. Membantu individu dalam transisi menuju pola hidup yang lebih sehat, yang membawa persepsi dan pengalaman baru yang positif.

c. Memperkuat kapasitas untuk mengekspresikan perasaan dan pikiran dengan mengurangi hambatan psikologis seperti kesulitan, rasa takut, dan kekhawatiran.

d. Membantu pasien mengelola ketidaknyamanan fisik, mengajarkan teknik relaksasi, serta berkontribusi pada pengembangan strategi koping melalui aktivitas rekreasional. Selain itu, terapi ini menciptakan lingkungan yang kondusif untuk mendukung pemulihan kesehatan.

2.5 Konsep Nyeri

2.5.1 Pengertian

Rasa sakit pada dasarnya adalah suatu keadaan perasaan yang dialami seseorang, mencakup aspek indrawi dan perasaan yang menyebabkan penderitaan. Keadaan ini umumnya muncul akibat cedera pada jaringan tubuh, baik yang sudah terjadi maupun yang berisiko terjadi, sesuai dengan penuturan langsung dari penderitanya. Pengalaman subjektif ini harus diakui kebenarannya, walau dalam beberapa kasus sumber atau penyebab secara jasmani tidak dapat diidentifikasi dengan pasti, dan tidak boleh dianggap sebagai khayalan belaka. Pencetus munculnya rasa sakit bisa berasal dari gangguan pada fungsi tubuh atau dari faktor kejiwaan, misalnya tekanan psikis atau rasa gelisah (Potter dan Perry, 2017).

Secara fisiologis, nyeri berfungsi sebagai mekanisme protektif yang memberikan sinyal adanya ancaman terhadap integritas jaringan, sehingga memungkinkan tubuh untuk merespons dengan menghindari cedera lebih lanjut atau meminimalkan kerusakan, serta mendorong proses pemulihan.

Dengan demikian, nyeri akut berperan penting dalam kelangsungan hidup. Namun, nyeri bukan sekadar sensasi; ia memiliki dimensi kognitif (persepsi dan penilaian) dan afektif (emosional, seperti penderitaan), yang sering kali memicu respons refleks untuk menarik diri serta mengakibatkan berbagai perubahan fisiologis dan perilaku. Semua aspek ini bersama-sama membentuk totalitas pengalaman nyeri yang dirasakan seseorang (Potter dan Perry, 2017).

2.5.2 Fisiologi

Sensasi nyeri diawali dengan aktivasi reseptor spesifik yang disebut nosiseptor. Reseptor ini merupakan akhir saraf bebas dengan selubung mielin yang minimal, tersebar luas di kulit, membran mukosa, organ dalam (visera), sendi, dinding arteri, serta organ seperti hati dan kandung empedu. Nosiseptor dapat terpicu oleh berbagai stimulus, termasuk zat kimia (seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan asam yang dilepaskan saat jaringan mengalami hipoksia atau cedera), serta rangsangan termal, elektrik, atau mekanis (Dewi Rosliana, 2021).

Setelah teraktivasi, sinyal nyeri diteruskan sebagai impuls listrik menuju medula spinalis melalui dua jenis serabut saraf aferen: serabut A-delta yang bermielin tebal dan menghantar cepat, serta serabut C yang tidak bermielin dan menghantar lambat. Impuls dari serabut A-delta memiliki efek penghambatan terhadap transmisi melalui serabut C. Serabut-serabut ini memasuki kornu dorsalis medula spinalis melalui radiks dorsalis dan membentuk sinaps di tanduk dorsal. Di area ini, terdapat struktur bernama *substantia gelatinosa* (terletak di lamina II dan III) yang berperan

penting dalam pengolahan awal sinyal nyeri. Selanjutnya, impuls diseberangkan melalui interneuron ke traktus spinotalamikus dan spinoretikular—jalur asendens utama yang mengirimkan informasi mengenai lokasi dan karakteristik nyeri ke otak (Dewi Rosliana, 2021).

Proses transmisi nyeri melibatkan dua mekanisme modulasi utama:

a. Jalur Opioid: Melibatkan aktivasi reseptor opioid di otak yang mengaktifkan sistem desendens dari talamus melalui mesensefalon dan medula ke kornu dorsalis medula spinalis. Jalur ini menghasilkan impuls penghambat yang berinteraksi dengan nosiseptor, dengan serotonin sebagai neurotransmiter kunci. Sistem ini terutama memediasi supresi sinyal yang ditransmisikan oleh serabut A-delta.
b. Jalur Non-Opioid: Merupakan jalur desendens yang tidak peka terhadap antagonis opioid seperti nalokson. Mekanisme kerja jalur ini masih belum sepenuhnya dipahami (Rosliana, 2021).

2.5.3 Sifat

Nyeri merupakan pengalaman subjektif yang sangat personal, di mana respons setiap individu terhadap rangsangan nyeri dapat bervariasi dan tidak dapat diseragamkan dengan pengalaman orang lain (Mayasari, 2016). Berdasarkan pola dan karakteristiknya, nyeri dapat diklasifikasikan menjadi tiga tipe utama:

a. Nyeri Insidental (Intermittent Pain): Nyeri yang muncul secara sporadis atau tidak menentu, kemudian menghilang dengan sendirinya.

b. Nyeri Menetap (Persistent Pain): Nyeri yang bersifat konstan, dirasakan terus-menerus dalam durasi yang panjang.

c. Nyeri Paroksismal (Paroxysmal Pain): Nyeri dengan intensitas sangat tinggi yang datang secara mendadak. Episode nyeri ini biasanya berlangsung singkat (sekitar 10-15 menit), mereda untuk Lsementara, dan kemudian dapat kambuh kembali.

2.5.4 Faktor Faktor yang Mempengaruhi

Persepsi dan respons seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh sejumlah faktor multidimensional. Faktor-faktor tersebut meliputi:

a. Usia

Tahap perkembangan individu berperan signifikan dalam ekspresi dan pengelolaan nyeri. Anak-anak sering kali mengalami kesulitan dalam mengkomunikasikan rasa sakit secara verbal. Orang dewasa mungkin baru melaporkan nyeri setelah munculnya patologi atau penurunan fungsi yang jelas. Sementara itu, populasi lansia cenderung menerima nyeri sebagai bagian alami dari penuaan, sehingga sering kali tidak melaporkannya (Swarjana, 2021).

b. Jenis Kelamin

Penelitian terkini menunjukkan adanya perbedaan gender dalam persepsi nyeri. Secara umum, wanita dilaporkan mengalami nyeri dengan intensitas yang lebih tinggi dibandingkan pria (Swarjana, 2021).

c. Latar budaya dan Keyakinan

Norma budaya dan nilai religius membentuk keyakinan individu tentang nyeri, yang pada gilirannya memengaruhi cara mereka merespons dan mengekspresikannya. Meskipun ambang batas fisiologis nyeri mungkin serupa, interpretasi, toleransi, dan ekspresi nyeri sangat ditentukan oleh konteks budaya (Swarjana, 2021).

d. Interpretasi terhadap Nyeri

Makna subjektif yang diberikan seseorang terhadap pengalaman nyeri memengaruhi responsnya. Pengalaman nyeri di masa lalu—apakah berhasil dikelola dengan baik atau tidak—akan membentuk ekspektasi dan toleransi individu terhadap episode nyeri selanjutnya. Sebagai contoh, pasien dengan nyeri kronis seperti pada kanker mungkin mengembangkan tingkat toleransi yang lebih tinggi (Swarjana, 2021).

e. Tingat Perhatian dan Edukasi

Dukungan psikososial dan komunikasi yang efektif mengenai manajemen nyeri—meliputi penilaian, jadwal intervensi, dan informasi pengobatan—memainkan peran krusial. Penanganan nyeri yang komprehensif tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga mempertimbangkan kondisi mental dan sosial pasien (Swarjana, 2021).

f. Kecemasan (Ansietas)

Hubungan antara nyeri dan kecemasan bersifat timbal balik dan kompleks. Kecemasan dapat memperburuk persepsi nyeri, sementara nyeri itu sendiri sering kali memicu respons cemas. Hal

ini dimediasi oleh aktivasi sistem limbik, area otak yang terlibat dalam regulasi emosi, sehingga menciptakan siklus yang saling memperkuat (Swarjana, 2021).

g. Riwayat Paparan Nyeri

Individu dengan pengalaman menghadapi nyeri di masa lalu cenderung lebih siap dan memiliki strategi koping yang lebih berkembang ketika menghadapi episode serupa. Kesuksesan dalam mengatasi nyeri sebelumnya dapat meningkatkan rasa efikasi diri dan mempermudah manajemen nyeri pada saat ini. Persepsi nyeri, seperti pada kasus kanker, sangat dipengaruhi oleh memori dan interpretasi subjektif dari pengalaman-pengalaman tersebut (Swarjana, 2021).

2.5.5 Klasifikasi

Secara umum, nyeri dapat dikelompokkan menjadi dua kategori utama berdasarkan durasinya, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut muncul secara tiba-tiba, memiliki durasi terbatas (biasanya kurang dari enam bulan), dan sering disertai dengan respons fisiologis seperti ketegangan otot. Sebaliknya, nyeri kronis berkembang secara bertahap dan berlangsung dalam jangka panjang (lebih dari enam bulan). Kategori nyeri kronis mencakup kondisi seperti sindrom nyeri persisten, nyeri pada penyakit terminal, dan nyeri yang dipengaruhi faktor psikosomatis. Selain pengelompokan berdasarkan waktu, nyeri juga dapat diklasifikasikan menurut kualitas sensasinya, misalnya nyeri tajam seperti tertusuk atau nyeri panas seperti terbakar (Rosliana, 2021).

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan PPNI (2017), diagnosis keperawatan merupakan suatu interpretasi klinis mengenai respons seseorang, keluarga, atau kelompok masyarakat terhadap kondisi kesehatan dan dinamika kehidupan yang sedang dialami, baik yang sudah terjadi maupun yang berpotensi muncul. Fungsi utamanya adalah untuk mengidentifikasi reaksi-reaksi tersebut guna merencanakan tindakan yang tepat. Dalam standar nasional (SDKI), diagnosis ini dikategorikan menjadi lima domain: fisiologis, psikologis, perilaku, hubungan interpersonal, dan lingkungan. Secara umum, diagnosis keperawatan terbagi menjadi dua kelompok besar: diagnosis positif (termasuk promosi kesehatan) dan diagnosis negatif (yang mencakup diagnosis aktual dan diagnosis risiko).

Merujuk pada Doenges et al., (2012), pada pasien dengan apendisitis, beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin ditegakkan antara lain:

1. Risiko infeksi terkait dengan pertahanan tubuh yang tidak adekuat, kemungkinan perforasi apendiks, peritonitis, atau pembentukan abses.
2. Defisit volume cairan yang berhubungan dengan muntah praoperasi, pembatasan asupan pascabedah, peningkatan kebutuhan metabolik, serta proses inflamasi di rongga peritoneum.
3. Nyeri akut akibat peregangan jaringan usus oleh inflamasi dan adanya luka insisi bedah.

4. Keterbatasan pengetahuan karena kurangnya akses informasi, kesalahan pemahaman, atau ketidaktahuan akan sumber informasi yang valid.

Setelah tindakan operasi, diagnosis keperawatan yang sering muncul mencakup:

1. Nyeri akut terkait dengan adanya kerusakan jaringan fisik.
2. Risiko infeksi sebagai dampak dari prosedur invasif.
3. Gangguan pemenuhan nutrisi akibat ketidakmampuan menyerap makanan.
4. Gangguan integritas kulit/jaringan akibat prosedur invasif atau tindakan pembedahan.
5. Kecemasan yang disebabkan oleh keterbatasan informasi tentang kondisi dan perawatan.

2.6.2. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah serangkaian tindakan terapeutik yang direncanakan dan dilaksanakan oleh perawat, didasarkan pada penilaian klinis dan ilmu keperawatan. Tujuannya adalah untuk mendorong peningkatan kesehatan, mencegah penyakit, serta mendukung proses pemulihan pada tingkat individu, keluarga, dan masyarakat (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018). Pelaksanaannya mencakup berbagai jenis aktivitas, mulai dari observasi, terapi langsung, edukasi kesehatan, hingga kolaborasi dengan tenaga medis lain. Dalam menentukan intervensi, perawat wajib mempertimbangkan berbagai aspek, seperti karakteristik

diagnosis, tujuan yang ingin dicapai, kompetensi perawat, respons pasien, dan bukti ilmiah terkini (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018).

Tabel 2.1. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	**Nyeri akut (D.0077)** berhubungan dengan kerusakan jaringan fisik	Setelah pemberian intervensi keperawatan selama tiga hari, keluhan nyeri berhasil dikurangi dan kemampuan klien dalam mengatasi nyeri mengalami peningkatan, yang dibuktikan dengan pencapaian hasil sebagai berikut **(L.08066) :** 1. Intensitas keluhan rasa sakit yang disampaikan klien berkurang 2. Ekspresi wajah yang menandakan ketidaknyamanan (seperti meringis) tidak lagi sering terlihat 3. Masalah gangguan tidur yang dialami klien semakin berkurang	**Manajemen Nyeri (I.08238)** **Observasi:** 1. Lakukan penilaian mendalam terkait sifat rasa sakit, termasuk tempat muncul, berapa lama berlangsung, seberapa sering kambuh, sensasi yang dirasakan, dan tingkat keparahannya 2. Manfaatkan alat ukur standar yang teruji untuk menilai tingkat nyeri 3. Perhatikan tanda-tanda perilaku atau ekspresi tubuh yang menunjukkan rasa sakit 4. Cari tahu hal-hal atau aktivitas apa yang bisa memperburuk atau meringankan keluhan nyeri 5. Gali pemahaman dan persepsi pasien mengenai rasa sakit yang dialaminya 6. Perhitungkan faktor latar belakang budaya yang mungkin memengaruhi cara pasien mengekspresikan atau menanggapi nyeri 7. Nilai sejauh mana rasa sakit memengaruhi aktivitas sehari-hari dan kenyamanan hidup pasien 8. Pantau dan nilai hasil dari penanganan atau terapi yang telah diberikan 9. Waspadai kemungkinan reaksi atau dampak yang tidak diinginkan dari obat pereda nyeri yang digunakan. **Terapeutik:** 1. Terapkan metode penanganan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		4. Frekuensi nadi membaik 5. Frekuensi napas membaik 6. Tekanan darah membaik	tanpa obat, seperti stimulasi listrik saraf (TENS), hipnoterapi, terapi suara, atau penggunaan kompres hangat/dingin. 2. Sesuaikan kondisi lingkungan sekitar (suhu, pencahayaan, tingkat kebisingan) untuk meminimalkan pemicu rasa sakit 3. Bantu pasien mendapatkan waktu istirahat dan tidur yang berkualitas 4. Pilih pendekatan penanganan berdasarkan jenis dan asal mula nyeri yang dialami pasien **Edukasi:** 1. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai sumber, perkiraan durasi, dan faktor pemicu rasa sakit 2. Ajarkan cara-cara atau metode yang dapat membantu mengurangi rasa sakit. 3. Anjurkan pasien untuk melakukan pencatatan dan pemantauan mandiri terhadap pola nyeri yang dialami 4. Sarankan penggunaan obat pereda nyeri sesuai petunjuk dan kebutuhan yang tepat 5. Latih pasien untuk menerapkan teknik-teknik non-obat yang bisa dilakukan sendiri di rumah **Kolaborasi:** 1. Lakukan koordinasi dengan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			tenaga kesehatan terkait untuk pemberian obat pereda nyeri, apabila diperlukan
2	**Risiko infeksi (D.0142)** berhubungan dengan prosedur invasif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, klien bebas dari tanda dan gejala infeksi dengan kriteria hasil **(L.14137) :** 1. Suhu tubuh normal 2. Kemerahan pada area luka berkurang 3. Nyeri luka menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	**Pencegahan Infeksi (I.14539)** **Observasi:** 1. Lakukan pemantauan terhadap manifestasi klinis yang dapat mengindikasikan terjadinya proses infeksi, baik yang terbatas pada area tertentu maupun yang sudah menyebar secara sistemik **Terapeutik:** 1. Terapkan pembatasan terhadap jumlah orang yang berkunjung ke ruangan pasien 2. Lakukan tata laksana perawatan pada jaringan kulit di sekitar daerah yang mengalami pembengkakan 3. Lakukan prosedur kebersihan tangan dengan air dan sabun atau handsanitizer sebelum maupun setelah melakukan kontak fisik dengan pasien serta peralatan di sekitarnya 4. Terapkan prinsip menjaga kebersihan dan sterilitas secara ketat, khususnya pada pasien yang memiliki kerentanan tinggi terhadap infeksi **Edukasi:** 1. Berikan informasi kepada pasien dan/atau keluarga mengenai berbagai tanda dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			gejala yang dapat muncul jika terjadi infeksi 2. Lakukan demonstrasi dan ajarkan langkah-langkah yang tepat dalam mencuci tangan 3. Berikan arahan mengenai tata cara menutup mulut dan hidung yang benar (etika) saat batuk atau bersin 4. Ajarkan metode untuk memeriksa dan mengamati kondisi luka pasca bedah secara mandiri. 5. Sarankan untuk meningkatkan konsumsi makanan bergizi dan asupan cairan **Kolaborasi:** 1. Lakukan koordinasi dengan tim medis terkait untuk pertimbangan pemberian vaksinasi, jika kondisi pasien dinilai memerlukan
3	**Defisit nutrisi (D.0019)** berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	Setelah mendapatkan perawatan keperawatan selama tiga hari, kondisi sistem pencernaan pasien menunjukkan perkembangan positif berdasarkan capaian hasil **(L.03030) :** 1. Kemampuan menerima asupan nutrisi semakin baik.	**Manajemen Nutrisi (I.03119)** **Observasi:** 1. Evaluasi kondisi umum pasien terkait kecukupan gizinya 2. Mencatat riwayat reaksi merugikan atau ketidakmampuan mencerna jenis makanan tertentu 3. Mendokumentasikan pilihan atau kesukaan pasien terhadap jenis hidangan 4. Menghitung dan menetapkan takaran energi serta komponen gizi yang diperlukan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		2. Keinginan untuk makan bertambah. 3. Keluhan mual dan keinginan muntah berkurang. 4. Gangguan pencernaan seperti rasa tidak nyaman di perut atas menurun. 5. Rasa sakit pada area perut mengalami pengurangann	5. Menentukan indikasi untuk pemberian nutrisi melalui selang nasogastrik 6. Melakukan pemantauan berkala terhadap jumlah makanan yang dikonsumsi dan perubahan massa tubuh 7. Mengevaluasi parameter biokimia dari hasil tes laboratorium yang relevan **Terapeutik:** 1. Memastikan kebersihan rongga mulut pasien telah terjaga sebelum waktu makan 2. Membantu dalam perencanaan dan penyusunan pola makan yang sesuai 3. Menyiapkan dan menghidangkan makanan dengan tampilan yang baik serta pada temperatur yang tepat 4. Menyediakan jenis pangan yang kaya akan kandungan serat 5. Memberikan asupan dengan densitas energi dan protein yang tinggi 6. Meresepkan atau memberikan tambahan nutrisi berbentuk suplemen bila dibutuhkan 7. Mengakhiri pemberian nutrisi enteral apabila pasien telah mampu mencerna makanan melalui mulut dengan baik **Edukasi:**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			1. Memberikan anjuran untuk mengonsumsi makanan dalam posisi duduk apabila kondisi pasien memungkinkan 2. Memberikan pemahaman dan pengarahan mengenai rencana pola makan yang telah ditentukan **Kolaborasi:** 1. Bekerja sama dalam pemberian obat-obatan sebelum waktu makan sesuai indikasi 2. Melakukan koordinasi dengan ahli gizi guna menetapkan kebutuhan nutrisi spesifik pasien.
4	**Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)** berhubungan dengan prosedur invasif (tindakan pembedahan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaribgan meningkat dengan kriteria hasil **(L.14125) :** 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan kulit menurun	**Perawatan Integritas Kulit (I.11353)** **Observasi:** 1. Lakukan pemeriksaan untuk menemukan pemicu kerusakan pada kulit. Beberapa hal yang perlu diperiksa meliputi gangguan aliran darah, kekurangan gizi, berkurangnya kelembapan kulit, suhu ruangan yang terlalu panas atau dingin, serta keterbatasan dalam bergerak **Terapeutik:** 1. Untuk pasien yang harus berbaring lama, atur pergantian posisi tubuhnya setiap dua jam. 2. Lakukan pengurutan secara lembut pada bagian tubuh yang bertulang

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			menonjol (seperti tumit atau siku). 3. Jaga kebersihan daerah selangkangan dengan membasuhnya memakai air hangat, khususnya ketika pasien mengalami diare. 4. Untuk kulit yang tampak kering, aplikasikan krim atau salep yang mengandung petroleum jelly atau bahan pelembab berminyak. 5. Pilih produk perawatan kulit yang berkomposisi alami dan lembut serta bersifat hipoalergenik bagi pasien dengan kulit sensitif. 6. Jangan gunakan produk yang mengandung alkohol pada permukaan kulit yang kering karena dapat memperparah kondisi **Edukasi:** 1. Berikan anjuran kepada pasien untuk rutin memakai krim pelembab kulit, seperti losion atau serum. 2. Tekankan pentingnya mencukupi kebutuhan cairan tubuh dengan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			minum air putih yang cukup setiap hari. 3. Sarankan untuk memperbaiki pola makan guna memenuhi kebutuhan nutrisi yang mendukung kesehatan kulit. 4. Anjurkan agar memperbanyak konsumsi makanan yang kaya vitamin, seperti buah-buahan dan sayuran. 5. Ingatkan pasien untuk sebisa mungkin menghindari lingkungan dengan suhu yang sangat panas atau sangat dingin. 6. Ajarkan untuk menggunakan krim pelindung sinar matahari dengan minimal SPF 30 apabila akan beraktivitas di luar ruangan. 7. Beri saran agar mandi dengan sabun secukupnya saja dan tidak berlebihan
5	**Ansietas (D.0080)** berhubungan dengan kurangnya informasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama tiga hari berturut-turut, kemampuan klien dalam hal pemahaman dan strategi penanganan	**Terapi Relaksasi (I.09326)** **Observasi:** 1. Kenali dan apresiasi kompetensi atau kelebihan yang dimiliki oleh klien, kemudian berikan dukungan positif untuk memperkuatnya 2. Tinjau sikap, kebiasaan, atau

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		terhadap kecemasan menunjukkan peningkatan yang signifikan, sesuai dengan indikator pencapaian yang telah ditetapkan **(L.09093) :** 1. Perilaku sesuai dengan anjuran meningkat 2. Mengungkapkan ketertarikan dalam belajar 3. Mampu menjelaskan pengetahuan tentang kondisinya 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki 5. Pertanyaan yang menandakan kebingungan menurun	pola interaksi dalam keluarga yang berpotensi berdampak pada kondisi atau perilaku klien **Terapeutik:** 1. Kembangkan interaksi profesional yang didasari rasa saling percaya dan sikap menghormati antara terapis dan klien 2. Kembangkan interaksi profesional yang didasari rasa saling percaya dan sikap menghormati antara terapis dan klien 3. Rumuskan bersama target yang ingin dicapai selama proses konseling dan tentukan jangka waktu pelaksanaannya 4. Pastikan informasi pribadi klien tidak diakses atau disebarluaskan kepada pihak yang tidak berwenang 5. Dukung dan apresiasi setiap kemampuan atau strategi baru yang berhasil dikembangkan oleh klien selama sesi 6. Bantu klien dalam mengenali dan merumuskan persoalan yang menjadi fokus penanganan **Edukasi:** 1. Anjurkan mengekspresikan perasaan 2. Anjurkan membuat daftar alternatif penyelesaian masalah

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			3. Anjurkan pengembangan keterampilan baru jika diperlukan

2.6.3. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi dalam proses keperawatan merupakan pelaksanaan konkret dari intervensi yang telah direncanakan. Menurut Potter dan Perry (2020), tahap ini mencakup serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, dengan tujuan akhir untuk mencapai kondisi kesejahteraan yang lebih optimal. Secara esensial, implementasi adalah pengaplikasian rencana asuhan ke dalam tindakan nyata guna mendukung pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (Astuti dan Kurniawan, 2020).

Dalam pelaksanaannya, intervensi keperawatan mengacu pada pedoman yang telah disusun dalam rencana perawatan, yang disusun berdasarkan standar nasional yakni Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018). Meskipun berlandaskan pada standar ini, pelaksanaan tindakan tetap harus bersifat fleksibel dan dapat disesuaikan (adaptif) dengan situasi spesifik, kondisi terkini, serta kebutuhan individual klien pada saat intervensi diberikan.

2.6.4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan fase penutup dalam serangkaian proses keperawatan. Tahap ini berfungsi untuk menilai apakah target atau sasaran yang telah dirumuskan dalam perencanaan asuhan berhasil dicapai

(Oktoriana dan Krishna, 2019). Proses evaluasi dilakukan untuk mengukur keberhasilan intervensi yang telah diberikan dengan cara membandingkan kondisi hasil akhir yang teramati dengan kriteria keberhasilan yang telah ditetapkan sebelumnya, sehingga dapat diketahui tingkat pencapaian tujuan perawatan pada klien. Salah satu metode yang umum digunakan untuk mendokumentasikan evaluasi adalah melalui format SOAP (Chafifah, 2023).

Secara konseptual, terdapat dua pendekatan utama dalam evaluasi keperawatan, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif, yang sering disebut sebagai evaluasi proses, berfokus pada penilaian terhadap jalannya proses keperawatan dan mutu layanan yang diberikan. Evaluasi ini sebaiknya dilakukan segera setelah intervensi dilaksanakan untuk menilai keefektifan tindakan. Pelaksanaannya bersifat berkelanjutan hingga tujuan akhir terpenuhi. Teknik pengumpulan datanya dapat meliputi kajian terhadap rencana asuhan, diskusi terstruktur, wawancara, observasi langsung terhadap klien, serta pemanfaatan instrumen evaluasi terstandar (Simak dan Renteng, 2021).

Di sisi lain, evaluasi sumatif atau evaluasi hasil merupakan sintesis dan simpulan akhir dari seluruh pemantauan serta analisis terhadap status kesehatan klien yang dikaitkan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Hasilnya dicatat secara komprehensif dalam rekam perkembangan klien. Fokus evaluasi ini adalah pada perubahan perilaku atau kondisi kesehatan klien pada akhir periode perawatan. Evaluasi sumatif dilaksanakan ketika

seluruh rangkaian proses asuhan keperawatan telah selesai diberikan (Simak dan Renteng, 2021).