

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Tonsilitis

2.1.1 Definisi

Tonsilitis merupakan inflamasi atau pembengkakan akut pada tonsil. Organisme yang menjadi penyebabnya bakteri streptococcus. Prevalensi penyakit tonsillitis, masih ditemukan adanya peningkatan setiap tahunnya. Terdapat berbagai factor predisposisi ataupun pencetus yang menyebabkan terjadinya tonsillitis, seperti factor makanan, oral hygiene yang buruk. Tonsillitis terbagi menjadi dua, yakni tonsillitis akut jika penyakit ini dengan keluhan berlangsung kurang dari 3 minggu, sedangkan tonsillitis kronis merupakan inflamasi atau peradangan yang terjadi pada tonsil biasanya berlangsung lebih dari tiga bulan (Clara Claritta Siregar et al., 2022)

Tonsilitis merupakan peradangan yang terjadi pada tonsil yang disebabkan oleh virus atau bakteri sehingga tonsil menjadi bengkak, merah, lunak, dan memiliki benjolan – benjolan putih di permukaannya (Prasetyai, 2018). Tonsilitis akut adalah peradangan pada tonsil yang masih bersifat ringan. Radang tonsil hampir selalu melibatkan organ sekitarnya sehingga infeksi pada faring biasanya juga mengenai tonsil sehingga disebut sebagai tonsilofaringitis (Ngastiyah, 2014). Berdasarkan beberapa pengertian di atas, tonsillitis merupakan suatu penyakit peradangan pada tonsil yang disebabkan oleh bakteri dengan gejala nyeri

tenggorokan, nyeri telan, kesulitan menelan, demam, pembesaran tonsil, mulut berbau, dan kadang telinga terasa sakit

2.1.2. Etiologi

Tonsilitis disebabkan oleh bakteri streptococcus beta-hemolitikus

Grup apneumococcus dan straphylococcus (Wuri Sulistiyawati & Anik, 2019).

a. beta hemolitikus

Streptococcus beta hemolitikus adalah bakteri gram positif yang dapat berkembang biak ditenggorokan yang sehat dan bisa menyebabkan infeksi saluran nafas akut

b. Streptococcus pyogenes

Streptococcus pyogenes adalah bakteri gram positif berbentuk bundar Streptococcus yang tumbuh dalam rantai panjang dan menyebabkan infeksi streptococcus grup A

c. Streptococcus Viridans

Streptococcus Viridans adalah kelompok besar bakteri streptococcus komensal yang baik a-hemolitik menghasilkan warna hijau pekat agar darah.

d. Virus Influenza

Virus Influenza adalah virus RNA dari family orthomyxoviridae (Virus Influenza). Virus ini ditularkan dengan media udara melalui bersin pada manusia gejala umum yang terjadi yaitu demam, sakit tenggorokan, sakit kepala, hidung tersumbat pada kasus yang buruk influenza juga dapat menyebabkan pneumonia

2.1.3. Patofisiologi

Tonsil adalah salah satu pertahanan tubuh yang paling penting Antigen dari produk yang dihirup dan tertelan dapat dengan mudah masuk ke amandel dan menyebabkan peradangan dengan virus berkembang biak di selaput lendir hingga tubuh mengembangkan toleransi. Fokus infeksi kemudian terbentuk, situasi ini keadaan menjadi lebih buruk lagi jika system kekebalan tubuh pasien terganggu akibat peradangan virus sebelumnya. Tonsilitis akut yang di sebabkan oleh bakteri disebut peradangan lokal primer. Setelah serangan tonsillitis, amandel mungkin tidak sembuh atau bahkan kembali sehat (Fakh,et al,2016)

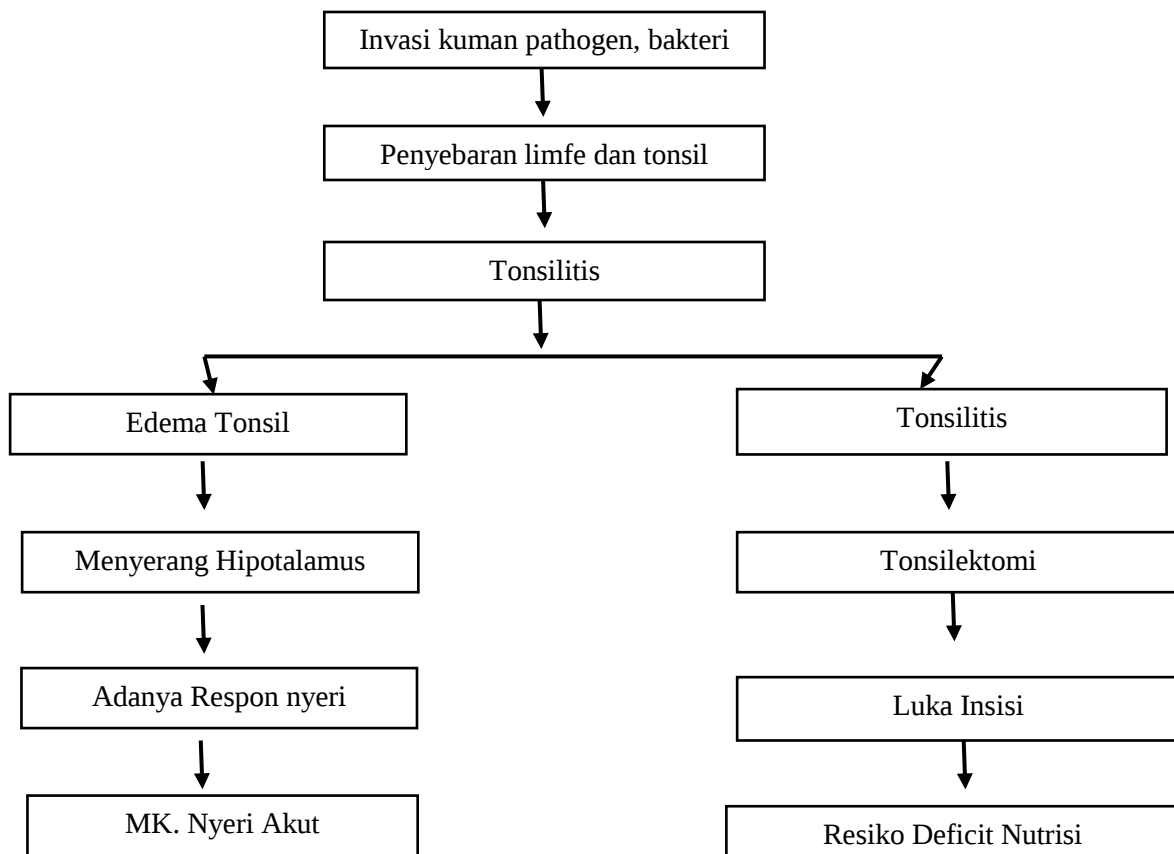
Secara patofisiologi terjadi inflamasi pada jaringan tonsil, dengan akumulasi sel darah putih, epitel mati, dan bakteri pathogen pada kript. Tahapan patologis adalah

- a. Peradangan biasa pada daerah amandel saja
- b. Pembentukan eksudat (reaksi kerusakan jaringan)
- c. Selulitis tonsil
- d. Pembentukan abses peritonsil
- e. Nekrosis jaringan (Sri Wahyu, et al, 2020.)

Peradangan dapat menimbulkan gejala berupa nyeri pada saat menelan karena adanya makanan atau minuman yang tertelan menyentuh daerah peradangan. Peradangan pada amandel menyebabkan membesar, menyebabkan kesulitan menelan dan mengganjal, adanya rasa gatal di tenggorokan dalam keadaan ini biasanya mengalami gejala seperti sesak nafas karena besarnya amandel, mendengkur saat tidur, bahkan pembesaran amandel yang menyumbat

saluran nafas anda juga bisa mengalami sesak nafas. Jika peradangan di obati, amandel bisa kembali normal atau bahkan tidak kembali ke kondisi kesehatan sebelumnya, jika amandel tidak sembuh total infeksi bisa kembali terjadi jika kondisi ini terus berlanjut, bakteri pathogen akan berkoloni di amandel. (Fakh, et al,2016).

2.1.4 Pathway



2.1.5. Tanda dan Gejala

Menurut Clara Claritta Siregar et al.,(2022), pada saat seseorang mengalami radang amandel atau tonsillitis,akan merasakan tanda – tanda dan gejala dari tonsillitis yaitu sebagai berikut :

- a. Suara yang serak
- b. Batuk
- c. Nafas bau
- d. Tidak nafsu makan
- e. Sakit kepala
- f. Leher kaku
- g. Amandel tampak berwarna merah dan bengkak serta memiliki bercak putih atau kuning,
- h. Kesulitan membuka mulut
- i. Merasakan kelelahan

2.1.6. Klasifikasi

- a. Tonsilitis Akut

Tonsilitis atau radang amandel, merupakan masalah yang sering di jumpai. Peradangan pada *tonsil palatina* (amandel) yang sering disebabkan oleh bakteri atau virus. *Tonsilitis* diklasifikasikan menjadi dua berdasarkan lama keluhanya yaitu tonsillitis akaut dan tonsillitis kronis , tonsillitis akut adalah peradangan tonsil yang keluhanya dirasakan kurang dari 3 bulan.

Gejala yang paling sering ditemukan pada kasus *tonsilitis* adalah demam dan sulit menelan. tonsilitis

Menjadi dua berdasarkan lama keluhananya yaitu tonsillitis akut dan tonsillitis kronis , tonsillitis akut adalah peradangan tonsil yang keluhananya dirasakan kurang dari 3 bulan sedangkan tonsillitis kronis adalah peradangan tonsil

Banyak faktor penyebab tonsilitis, antara lain usia, kebiasaan konsumsi makanan dan kebersihan mulut. Kasus tertinggi *tonsilitis* kronis terdapat pada usia 15-25 tahun (37,1%), diikuti usia 25-45 tahun (15,7%)¹. Pada usia 18-20 tahun fungsi imunologi *tonsil* sangat aktif untuk memberi tanda tubuh bahwa adanya infeksi bakteri dan virus, fungsi *tonsil* akan menurun diusia.(gejala yg muncul)

. Mustofa, Artini, dkk. (2020)

b. Tonsilitis Kronis

Pada pemeriksaan amandel, merasa ada yang tersangkut di tenggorokan, tenggorokan kering, bau mulut. Peradangan kronis pada amandel terjadi berulang kali dan berlangsung lama, pembesaran amandel dapat menjadi sangat besar sehingga amandel kiri dan kanan saling bersentuhan sehingga mempengaruhi system pernafasan (Manurung ,2016). Radang amandel biasanya dapat menimbulkan keluhan – keluhan mendengkur saat tidur, karena besar kecilnya amandel menghalangi jalan nafas (Fakh dkk 2016).

2.1.7. Komplikasi

Peradangan pada tonsil dapat menimbulkan komplikasi pada area di sekitar tenggotokan bisa berupa rhinitis kronis, sinusitis, nefritis dan furucurosis amandel mengalami peradangan kronis yang dapat menyebabkan berbagai gejala komplikasi menurut (ShaSee AO,2015)

- a. Abses aksesori faring yang di bentuk dengan proses purulent pada kelenjar getah benig. Bagian dalam amandel, faring, hidung, sinus.
- b. Abses peritonsilitis

Abses ini bisa terjadi karena adanya infeksi pada kantung tonsil lalu menyebar dan mempengaruhi jaringan di sekitarnya penderita biasanya mengeluh nyeri pada tenggorokan, kesulitan menelan, kesulitan membuka mulut dan adanya pembesaran tonsil, serta memerlukan pengobatan dengan antibiotic dan operasi tonsillitis komplikasi ini biasanya sangat umum terjadi pada tonsil berulang(Lihat AO, 2015).

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk memperkuat diagnose tonsillitis menurut (Wiratama et al., 2020) adalah pemeriksaan laboratorium meliputi :

- a. Leukosit : terjadi peningkatan
- b. Haemoglobin : terjadi penurunan
- c. Usap tonsil untuk memeriksa kultur bakteri dan tes sensitipitas obat
- d. Kultur dan uji restensi bila diperlukan

2.1.9. Penatalaksanaan

Perawat berpariasi untuk masing masing dari kategori tonsillitis :

a. Tonsilitis akut (Wiratama et al., 2020)

Secara umum,pasien dengan tonsillitis akut, diberikan obat seperti :

1. Penisilin
2. eritromisin
3. obat kumur mengandung antipiretik
4. disinfectant,
5. antipyretic

b. Tonsilitis kronis

Pengobatan Pasti untuk tonsillitis kronik adalah :

1. Pembedahan pengangkatan tonsil
2. Pemberian penicillin jangka panjang

Informasi mutlak indikasi tonsilektomi yang hampir mutlak

- a. perkembangan kor pulmonal akibat obstruksi saluran nafas kronis.
- b. pembesaran amandel faring disertai sleep apnea
- c. pembesaran yang berlebihan menyebabkan disfagia dan menyebabkan penurunan berat badan
- d. biopsy eksisi bila dicurigai tumor ganas (limfoma)

- e. abses peritonsil yang berulang, atau abses yang menyebar ke ruang jaringan sekitarnya

2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN TONSILITIS

2.2.1. Pengkajian

Fokus pengkajian pada penderita tonsil menurut (Setiadi, 2015).

Data berasal dari pasien (data primer) dan keluarga (data sekunder) serta register dan register yang ada (data tersier). Pengkajian menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan wawancara, observasi langsung, dan laporan pasien memerlukan informasi bagi klien penderita tonsillitis sebagai berikut (Doenges dkk (2014).

a. Identitas Klein

Meliputi nama, usia, jenis kelamin,, alamat, Pendidikan, nama penanggung jawab, pekerjaan, dll.

b. Keluhan utama

Klien dengan Tonsilitis datang ke rumah sakit dengan keluhan nyeri menelan di bagian tenggorokan, nafsu makan menurun atau hilang disertai demam.

c. Riwayat kesehatan sekarang

faktor yang melatarbelakangi atau mempengaruhi dan mendahului keluhan, bagaimana sifat terjadinya gejala (mendadak, perlahan-lahan, terus menerus atau berupa serangan, hilang dan timbul atau berhubungan dengan waktu), lokalisasi

gejalanya dimana dan sifatnya bagaimana (menjalar menyebar, berpindah-pindah atau menetap).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Menilai riwayat keluarga yang menderita penyakit tonsillitis

Menilai riwayat Penyakit kronik yang lain seperti diabetes melitus, batu ginjal, kardiovaskuler, hipertensi, kelainan bawaan.

e. Riwayat kesehatan masa lalu

Faktor kesehatan masa lalu ini membahas faktor risiko yang menyebabkan masalah kesehatan saat ini. Penderita Tonsilitis harus di evaluasi kebiasaan fola makannya,

f. Riwayat psikosoial

Meliputi mekanisme coping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah, serta motivasi pemulihan dan cara klien menerima keadaan.

1. Pola kebiasaan

Gejala kelemahan, kelelahan, gangguan pola tidur saat istirahat.tanda, nyeri tenggorokan serasa mengganjal pada saat istirahat, (respon terhadap aktivitas).

2. Makanan dan cairan

Gejala sakit di tenggorokan ,mual / muntah, masalah menelan, dan penurunan berat badan.

3. Pola makan

Gejala : faktor makanan , kebiasaan makan tidak teratur pola makan yang buruk,

gaya hidup yang buruk dan penurunan berat badan 10% dibawah kisaran ideal

4. Tanda Tanda Vital

- 1) Tekanan darah meningkat, suhu tubuh meningkat
- 2) Pada respirasi adanya kenaikan
- 3) Pada suhu tubuh adanya peningkatan

5. Pemeriksaan fisik

Menurut (Contoh et al., 2019) pemeriksaan fisik meliputi :

1) Kesadaran umum

Kelemahan dan tampak kesakitan pada pemeriksaan fisik terdapat nyeri tekan di area leher. Untuk pengkajian nyeri itu sendiri dapat dilakukan dengan menggunakan metode PQRST yaitu :

a. Provokes/Piliates :

Nyeri akan terasa ketika makan atau minum

- b. Quality : Nyeri seperti di iris, tajam, ditekan, ditusuk – tusuk, rasa terbakar
- c. Radiates : Nyeri tidak menyebar, nyeri di bagian tenggorokan
- d. Severity : Skala nyeri 0 – 10 (nyeri ringan – berat)
- e. Time : Nyeri hilang timbul

2) Tingkat kesadaran

Compos mentis

GCS : 15 (E4 M6 V5)

3) Tanda-Tanda Vital

TD : Normal

Frekuensi nadi : 60 x/menit)

Suhu : 36,5 c

Pernapasan : 16 x/mnt

4) System penglihatan

Posisi mata simetris kiri dan dan kanan, kelopak mata tidak ada ptosis maupun exophthalmus, pergerakan bola mata simetris kiri dan kanan, kelainan bentuk tidak ada, konjungtiva anemis/anemis, sklera ikterik, pupil isokor, reflek cahaya tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik dan tidak ada tanda tanda kelainan

5) Sistem pendengaran

Tidak ada lesi dan tidak ada pembengkakan pada daun telinga, kondisi telinga tengah utuh, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran baik, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu pendengaran.

6) Sistem pernapasan

Pernapasan teratur, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi pernapasan 16 x/m.

7) Sistem kardiovaskuler

Frekuensi nadi normal, irama teratur, tekanan darah normal, tidak ada distensi vena jugularis, temperature kulit teraba hangat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

8) Sistem Persyarafan

Klien mengeluh sakit Tenggorokan, compos mentis tidak ada tanda tanda gangguan system persyarafan

9) Sistem pencernaan

Data subjektif yang di dapatkan pada penderita Tonsilitis pasien mengeluh nyeri pada saat makan dan minum sehingga pasien tidak nafsu makan (Salsabila Faridha et al., 2019)

10) Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

11) Sistem perkemihan

Tidak ada distensi kandung kemih.

12) Sistem muskuloskeletal

Tidak ada gangguan system muskuloskeletal

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Sabaruddin, (2016) Diagnosa Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada tonsilitis akut adalah :

1. Nyeri berhubungan dengan pembengkakan pada tonsil (D.0077)
2. Resiko depicit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makan (D.0032)

3. Tabel 2.1. Analisa data

Diagnosa

Tanda dan gejala

Tanda dan gejala minor

Keperawatan	Mayor	
Nyeri berhubungan dengan pembengkakan pada tonsil	Subject :	Subjektif :
	Klien mengatakan nyeri tenggorokan skala 4 (0 – 10)	(tidak tersedia)
	Objektif :	Objektif :
	Tampak meringis bersikap protektif	Tekanan darah meningkat
	Bersifat protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri)	Pola nafas berubah
	Gelisah	Nafsu makan berubah
	Frekuensi nadi Meningkat	Proses berfikir terganggu
	Sulit tidur	Menarik diri
		Berfokus pada diri sendiri
Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	Subjektif :	Subjektif :
	(tidak tersedia)	(tidak tersedia)
	Objektif :	Objektif :
	(tidak tersedia)	(tidak tersedia)
	Subjektif :	Subjektif :
	Mengeluh mual	Merasa asam di mulut
	Merasa ingin muntah	Sensasi panas/dingin
	Tidak berminat makan	Sering menelan
	Objektif :	Objektif :
	(tidak tersedia)	Saliva meningkat
		Pucat
		Diaphoresis
		Takikardia
		Pupil dilatasi

2.2.3 Perencanaan

Perencanaan perawatan adalah keseluruhan perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis mencapai hasil yang diharapkan (Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Perencanaan keperawatan terdiri

dari dari penetapan tujuan, kriteria hasil dan intervensi . perencanaan perawatan diagnosis gizi buruk mengacu pada SLKI dan SIKI 2018 menurut serta tindakan keperawatan berdasarkan :

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan pada pasien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan pada tonsil (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan selama 2x 24 jam diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria Hasil : Tingkat nyeri menurun (L.08066)	Manajemen Nyeri (L.08066) a. identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekwensi kualitas intensitas nyeri b. identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d.identifikasi faktor yang memperberat dan memper ringan nyeri e. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri f. control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) g. fasilitasi istirahat dan tidur h. jelaskan periode pemicu nyeri	a. untuk mengetahui lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas dan intensitas nyeri pasien b. untuk mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami oleh pasien c. untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul d. meminimalkan gerakan yang memperberat nyeri e. untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien f. untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dan memberikan kenyamanan g. untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien h. untuk memberikan informasi terkait nyeri i. untuk mengurangi rasa nyeri

				i. kolaborasi pemberian analgetik	
2	Resiko depicit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makan (D.0032)	Setelah dilakukan tindakan selama 2x 24 jam diharapkan status nutrisi meningkat dengan Kriteria Hasil : Status nutrisi membaik (L. 03030)	Manajemen nutrisi (I. 03119)	a. identifikasi status nutrisi b. identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. identifikasi makanan yang disukai d. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi e. monitor asupan makanan f. monitor berat badan g. lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu h. sajikan makan secara menarik dan suhu yang sesuai i. kolaborasi dengan ahli gizi	a. untuk mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat menentukan intervensi yang diberikan b. untuk upaya intervensi dalam pemberian makanan c. untuk meningkatkan nafsu makan pasien d. upaya pola diet akan mengidentifikasi kekuatan/kebutuhan/defisiensi nutrisi pasien e. untuk menilai asupan makanan yang adekuat f. untuk memantau perubahan / penurunan BB g. mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan h. untuk menambah selera makan pasien i. untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan tertentu. Fase implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi adalah pengelolaan dan implementasi rencana perawatan yang dibuat selama tahap perencanaan. Untuk berhasil menerapkan asuhan keperawatan sesuai Rencana Asuhan Keperawatan ,

perawat harus memiliki keterampilan kognitif, interpersonal, dan perilaku Implementasi/implementasi pelayanan adalah pelaksanaan tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan Aktivitas yang terlibat dalam penerapan juga mencakup pengumpulan data berkelanjutan, mengamati reaksi pelanggan selama dan setelah penerapan tindakan, dan mengevaluasi data baru.

2.2.5. Evaluasi

Bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu meringankan, memecahkan masalah, atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi 2018) Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan pada tonsil Tujuan: setelah dilakukan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil : Keluhan menurun, gelisah menurun, nafsu makan meningkat, pola tidur normal, kesulitan tidur menurun, Intervensi : untuk mengetahui lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas dan intensitas nyeri pasien, untuk mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami oleh pasien, untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul, meminimalkan gerakan yang memperberat nyeri, untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien, untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dan memberikan kenyamanan, untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien. untuk memberikan informasi terkait nyeri, untuk mengurangi rasa nyeri

2.3 Konsep Nyeri Akut

2.3.1. Pengertian Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017).

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya tidak berlangsung lebih dari enam bulan, gejalanya timbul secara tiba-tiba, dan penyebab serta lokasi nyeri biasanya diketahui. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terjadi sebagai akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan sebagai (Yunita, 2021)

b. Penilaian respon nyeri

Hal yang harus selalu diperhatikan dalam pengkajian nyeri adalah pengkajian intensitas dan jenis nyeri, hal ini sangat penting karena berkaitan dengan pengobatan tepat yang harus diberikan terutama pengobatan farmakologis. Alat yang umum digunakan untuk mengukur intensitas nyeri adalah *Visual Analog Skala* (VAS) atau *Numerik Pain Scale* (NPS) dan membedakan jenis nyeri antara lain

adalah *ID Pain Score* dan *Leeds Assessment Of Neuropathic Symptoms Score* (LANSS) (Yunita, 2021).

1. Intensitas Nyeri
2. Lokasi Nyeri
3. Kualitas nyeri, penyebaran dan karakter nyeri
4. Faktor - faktor yang meningkatkan dan mengurangi nyeri
5. Efek nyeri pada kehidupan sehari - hari
6. Regimen pengobatan yang sedang dan sudah diterima
7. Riwayat manajemen nyeri termasuk farmakoterapi, intervensi dan respon terapi
8. Adanya hambatan umum dalam pelaporan nyeri dan penggunaan analgesik

Skala analog visual



Gambar 1. Skala Analog Visual

Skala analog visual (VAS) adalah garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm yang mewakili intensitas nyeri terus menerus dan deskripsi verbal di kedua ujungnya. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri. VAS mungkin merupakan ukuran intensitas nyeri yang lebih

sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik dalam kontinum daripada dipaksa untuk memilih satu kata atau angka (Potter et al, 2017).

Numerik Rating Scale



Gambar 2.2 Skala *Numerik Rating Scale*

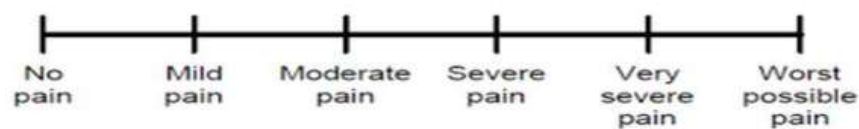
Skala penilaian numerik (Numerical Rating Scale, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata (Maaryunani, 2014). Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan skala 0-10.

Keterangan :

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

Skala *Verbal Rating Scale*

Skala ini menggunakan dua ujung yang sama dengan skala nyeri VAS atau Skala verbal menggunakan kata-kata, bukan garis atau 17 angka, untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan bisa tidak menimbulkan rasa sakit, sedang, kuat. Pereda nyeri dapat dinyatakan tidak hilang sama sekali, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik atau hilang sama sekali. Kekurangan skala ini adalah membatasi pilihan kata klien, sehingga skala tidak dapat membedakan jenis nyeri yang berbeda (Yudiyanta dkk, 2015).

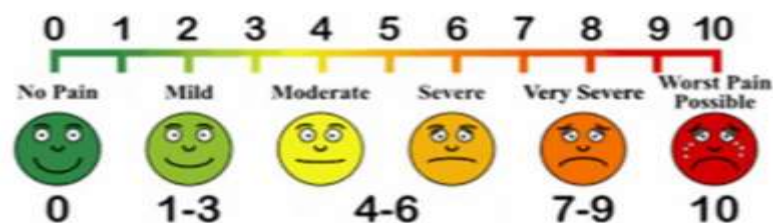


Gambar 2.3 Skala *Verbal Rating Scale*

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Skala nyeri ini relatif mudah diterapkan karena Anda hanya perlu melihat ekspresi wajah pasien saat bertatap muka, tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala nyeri ini merupakan skala nyeri yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan wajah mulai dari wajah bahagia dengan nilai 0, “Tidak sakit”, hingga wajah menangis, mewakili “sakit terparah”. Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan perasaan mereka. Tidak semua klien memahami atau setuju dengan skala numerik intensitas nyeri. Klien tersebut termasuk anak-anak yang tidak dapat mengungkapkan ketidaknyamanan secara verbal, klien lanjut usia dengan disabilitas kognitif atau komunikasi, dan orang-orang yang tidak bisa berbahasa Inggris, sehingga skala penilaian nyeri *Wong Baker*

FACES digunakan untuk jenis klien ini. Skala wajah mencakup skala numerik untuk setiap ekspresi nyeri, sehingga memungkinkan perawat mendokumentasikan intensitas nyeri (Yunita, 2021).



Gambar 2.4 Wong-Baker Faces

Dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa menayakan keluhannya. Penilaian nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun keatas. Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah.

- a. Wajah pertama 0 : Tidak merasa sakit sama sekali
 - b. Wajah kedua 2 : sakit hanya sedikit
 - c. Wajah ketiga 4 : sedikit lebih sakit
 - d. Wajah keempat 6 : Lebih sakit
 - e. Wajah kelima 8 : jauh lebih sakit
 - f. Wajah keenam 10 : sangat sakit luar biasa
- c. Pengkajian Nyeri

Menurut Tanjung (2015) pengkajian yang dapat dilakukan untuk mengkaji nyeri *P (Provoking)* apa yang menyebabkan nyeri, apa yang membuatnya berkurang, Apa yang membuat nyeri bertambah parah?

Q (Quality) Bagaimana rasa nyeri yang dirasakan? bisakah digambarkan?

R (Region) Dimanakah lokasinya? Apakah menyebar?

S (Severity) Berapa skala nyerinya? (dari 0-10)

T (Treatment) Pengobatan atau terapi yang digunakan?

2.3.2. Etiologi

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017).

1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).
2. agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan).
3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

2.3.3. Karakteristik Batasan

- a. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh Nyeri

Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

- b. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Tekanan darah meningkat napas berubah, napsu makan menurun, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (TIM POKJA DPP PPNI, 2016).

2.3.4. Intervensi Nyeri Akut

Menurut Iswatun (2020) intervensi yang diberikan pada masalah keperawatan Nyeri Akut dengan intervensi masalah keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi Manajemen Nyeri :

- a. Identifikasi skala nyeri dan observasi tanda-tanda vital
- b. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- c. Anjurkan klien posisi setengah duduk untuk mengurangi rasa nyeri
- d. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam)
- e. Berikan penjelasan pada klien dan keluarga tentang penyebab, dan cara mengatasi nyeri
- f. Pemberian obat farmakologi 3x500 mg (Indramayu, 2022).

2.3.5 Teknik Relaksasi Nafas dalam

Teknik relaksasi nafas dalam adalah tarikan nafas ke dalam perut dengan frekuensi pelan-pelan, berirama dan nyaman, menutup mata sambil menarik nafas sebanyak kali. Efek dari terapi ini adalah mengalihkan perhatian atau mengalihkan perhatian (Hartanti et al., 2016). Mekanisme relaksasi pada sistem Teknik relaksasi pernafasan dalam berupa inhalasi dan pernafasan dengan frekuensi pernafasan 6-10 kali per menit sehingga menyebabkan peningkatan stress kardiopulmonal Terapi relaksasi pernafasan dalam dapat dilakukan secara mandiri, relative mudah dilakukan dibandingkan pengobatan non-obat lainnya.

2.3.6. Tahapan Pelaksanaan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Terapi relaksasi (L.09326) menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidak nyamanan nyeri atau kecemasan. Untuk terapeutiknya ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman. Jika memungkinkan berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tenaga medis lain.