

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Medis

##### 1. *Appendicitis*

###### a. Pengertian

*Appendicitis* adalah inflamasi pada *apendiks vermiciformis* yang berada di ujung *caecum*. Perkembangan proses inflamasi dapat menyebabkan abses, obstruksi, peritonitis dan sepsis jika tidak diobati. Istilah *appendicitis* komplikata mengacu pada adanya gangren atau perforasi apendiks. Perforasi bebas ke dalam rongga peritoneum dapat menyebabkan peritonitis purulen atau faeculen. Perforasi yang terlokalisir dapat menyebabkan abses apendiks atau phlegmon (massa inflamasi) (Gracia, 2024).

*Appendicitis* adalah peradangan yang terjadi pada *Appendix vermicularis*, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering pada anak-anak maupun dewasa. *Appendicitis* akut merupakan kasus bedah emergensi yang paling sering ditemukan pada anak-anak dan remaja. Terdapat sekitar 250.000 kasus *appendicitis* yang terjadi di Amerika Serikat setiap tahunnya dan terutama terjadi pada anak usia 6-10 tahun. *Appendicitis* dapat mengenai semua kelompok usia, meskipun tidak umum pada anak sebelum usia sekolah (Warsinggih, 2024).

Amin dan Hardi (2016) menjelaskan bahwa klasifikasi *appendicitis* adalah sebagai berikut:

- 1) *Appendicitis* akut, radang mendadak di umbai cacing yang memberikan tanda, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum lokal.
- 2) *Appendicitis* rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan *appendicitis* akut pertama sembuh spontan.
- 3) *Appendicitis* kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu (sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa), dan keluhan hilang setelah apendiktomi.

b. Etiologi

Apendisisis terutama disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks yang menyebabkan peradangan. Penyumbatan tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti apendikolit, tumor apendiks, parasit usus, atau jaringan limfatisik yang mengalami hipertrofi. Penyumbatan mekanis ini mengakibatkan perkembangan apendisisis akut. Penting untuk dicatat bahwa penyebab yang mendasari penyumbatan lumen dapat bervariasi di antara kelompok usia yang berbeda, yang menyoroti perlunya pertimbangan khusus usia saat mengevaluasi dan menangani apendisisis (Lotfollahzadeh *et al.*, 2024).

c. Manifestasi klinis

Beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada *appendicitis* menurut Handaya (2017) adalah sebagai berikut :

- 1) Nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilikus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadaran kanan bawah ke titik Mc Burney (terletak diantara pertengahan umbilikus dan spina anterior ileum) nyeri terasa lebih tajam.
  - 2) Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya pernanahan dalam rongga abdomen
  - 3) Mual
  - 4) Muntah
  - 5) Nafsu makan menurun
  - 6) Konstipasi
  - 7) Demam
- d. Patofisiologi

*Appendicitis* kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa *appendicitis* berhubungan dengan asupan makanan yang rendah serat. Pada stadium awal *appendicitis*, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan peritoneal. Cairan eksudat *fibrinopurulenta* terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke

beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan. Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai apendiks menjadi bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses local akan terjadi (Warsinggih, 2024).

e. Komplikasi

LeMone *et al.* (2016) menjelaskan bahwa komplikasi bisa terjadi apabila terlambat dalam penanganannya. Adapun jenis komplikasi diantaranya sebagai berikut:

1) Perforasi apendiks

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi nanah sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi dapat diketahui dengan gambaran klinis seperti suhu tubuh lebih dari 38,5°C dan nyeri tekan pada seluruh perut yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit.

2) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum (lapisan membran serosa rongga abdomen). Komplikasi ini termasuk komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis.

### 3) Abses

Abses adalah peradangan pada sendi yang berisi nanah.

Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis.

#### f. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada *appendicitis* menurut Muttaqin dan Sari (2012) adalah sebagai berikut:

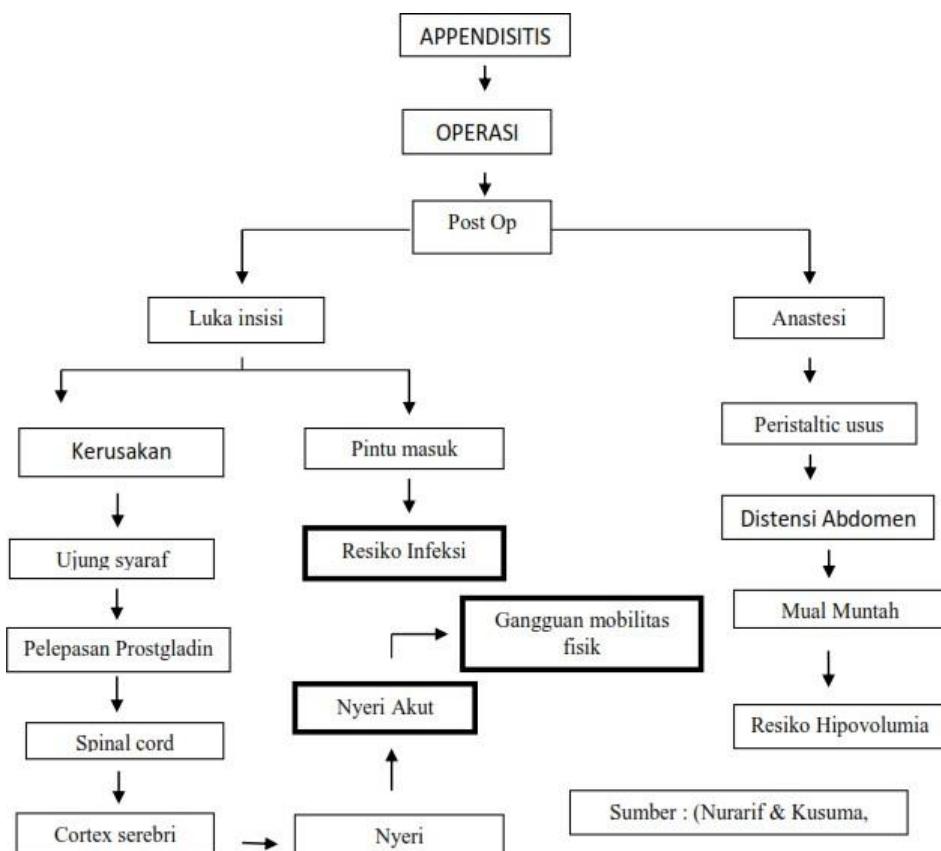
- 1) Pemeriksaan laboratorium, kenaikan sel darah putih (Leukosit) hingga 10.000 – 18.000/mm<sup>3</sup>. Jika terjadi peningkatan yang lebih, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi
- 2) Pemeriksaan radiologi
  - a) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)
  - b) Ultrasonografi (USG), dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks
  - c) CT-Scan, untuk mendeteksi *appendicitis* dan adanya kemungkinan perforasi.
  - d) C-Reactive Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada *appendicitis* didapatkan peningkatan kadar CRP.

#### g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada penderita apendisitis yaitu dengan tindakan pembedahan atau *Appendectomy* yang termasuk dalam kategori operasi mayor. Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan

membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya menggunakan sayatan. Setelah bagian yang ditangani ditampilkan, dilakukan tindakan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidajat *et al.*, 2017). *Appendectomy* adalah suatu prosedur operasi untuk memotong dan membuang appendix (usus buntu). Sebagian besar prosedur ini dilakukan dalam kondisi darurat untuk mengatasi radang usus buntu atau *appendicitis* (Kemenkes RI, 2022).

g. *Pathway*



Bagan 2.1 Pathway  
Sumber: Mahendra (2021)

## 2. Relaksasi Otot Progresif

### a. Pengertian Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi otot progresif adalah bentuk terapi yang melibatkan pengencangan dan relaksasi kelompok otot dengan pola tertentu (Minnis, 2020). Relaksasi otot progresif yaitu suatu teknik relaksasi yang menggunakan serangkaian gerakan tubuh yang bertujuan untuk melemaskan dan memberi efek nyaman pada seluruh tubuh. teknik relaksasi otot progresif dilakukan dengan cara memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang lalu menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Sujarwo, 2023).

### b. Tujuan dan Manfaat Relaksasi Otot Progresif

Tujuan relaksasi otot progresif adalah untuk melepaskan ketegangan dari otot sekaligus membantu mengenali seperti apa ketegangan itu. Bila dipraktikkan secara teratur, teknik ini dapat membantu mengelola dampak fisik stres (Minnis, 2020). Manfaat terapi relaksasi otot progresif antara lain: mengurangi rasa sakit (nyeri), meningkatkan kualitas tidur, mengurangi kecemasan, dan dapat menurunkan tekanan darah pada orang yang mengalami hipertensi (Sujarwo, 2023).

### c. Pelaksanaan Relaksasi Otot Progresif

Sari (2025) menjelaskan bahwa relaksasi otot dilakukan dengan cara menegangkan dan melemaskan kelompok otot tertentu di tubuh

secara bergantian. Relaksasi otot progresif melibatkan beberapa langkah berikut ini.

- 1) Fokus pada satu kelompok otot, misalnya otot tangan atau kaki.
- 2) Tarik napas dalam secara perlahan, lalu kencangkan otot tersebut selama beberapa detik.
- 3) Setelah itu, embuskan napas sambil melepaskan ketegangan di otot yang sedang difokuskan.
- 4) Rasakan otot menjadi lemas dan ringan, seolah seluruh ketegangan mengalir keluar dari tubuh.
- 5) Sadari perbedaan yang jelas antara otot yang tegang dan otot yang rileks, ini adalah inti dari teknik relaksasi ini.

## B. Asuhan Keperawatan

### 1. Konsep nyeri

#### a. Pengertian

Nyeri (*pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuisi rasa nyeri yang dialaminya (Widaningsih & Rosya, 2019).

#### b. Etiologi

Penyebab nyeri kronis adalah kondisi musculoskeletal kronis, kerusakan sistem saraf, penekanan saraf, infiltrasi tumor,

ketidakseimbangan neurotransmitter, gangguan imunitas, gangguan fungsi metabolism, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiayaan, dan riwayat penyalahgunaan obat/zat. Penyebab nyeri akut terjadi akibat kerusakan jaringan aktual atau fungsional yang dapat bersifat mendadak atau lambat, dengan intensitas bervariasi dari ringan hingga berat. Penyebabnya bisa beragam, mulai dari trauma fisik (patah tulang, keseleo, luka bakar), infeksi, hingga kondisi medis tertentu atau prosedur medis seperti operasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

c. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Gejala dan tanda mayor
  - a) Subjektif : mengeluh nyeri
  - b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.
- 2) Gejala dan tanda minor
  - a) Subjektif : tidak tersedia
  - b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

d. Penilaian nyeri

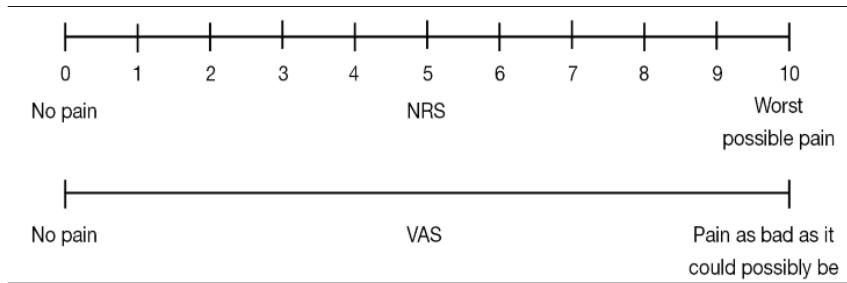
Potter dan Perry (2020) menjelaskan bahwa untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang antara lain:

1) *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

*Verbal Descriptor Scale (VDS)* adalah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari “tidak adanya rasa nyeri” sampai “nyeri hebat”. Perawat menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan.

2) *Visual Analogue Scale (VAS)*

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata

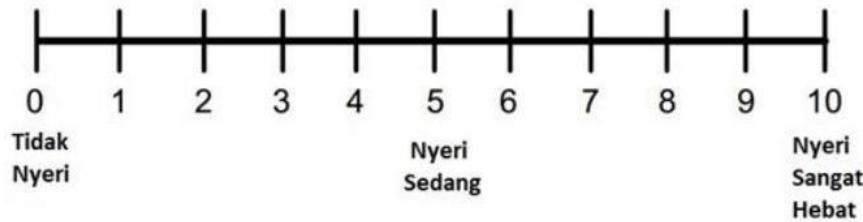


Gambar 2.1 *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada skala 1-3 seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules. Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk. Skala 7-9 merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien, sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol. Ujung kiri pada VAS menunjukkan “tidak ada rasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang paling berat”.

### 3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian.



Gambar 2.2 *Numeric Rating Scale* (NRS)

Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- a) Skala 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
- b) Skala 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
- c) Skala 4-6 : rasa nyeri yang menganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
- d) Skala 7-10 : rasa nyeri sangat menganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.
- e. Patofisiologis

Tulang selangka adalah tulang berbentuk S dan merupakan satu-satunya penghubung tulang antara ekstremitas atas dan batang tubuh. Tulang selangka berartikulasi di bagian distal dengan akromion pada sendi akromiofemur r dan berartikulasi di bagian proksimal dengan tulang dada pada sendi sternofemur r. Karena lokasinya yang berada di bawah kulit dan banyaknya gaya ligamen dan otot yang bekerja padanya, tulang selangka mudah patah. Karena bagian tengah tulang selangka adalah segmen tertipis dan tidak mengandung ikatan ligamen, bagian ini merupakan lokasi yang paling mudah patah yang disebabkan karena trauma (Bentley & Hosseinzadeh, 2023).

Nyeri yang terjadi pada pasien *Appendicitis* merupakan nyeri muskuloskletal yang termasuk ke dalam nyeri akut. Jaringan yang rusak dapat mengakibatkan trauma seperti terputusnya kontinuitas tulang, robekan pada otot yang akan memacu pelepasan zat-zat kimiawi (mediator inflamasi) yang menimbulkan reaksi inflamasi yang diteruskan sebagai sinyal ke otak. Sinyal nyeri yang dalam bentuk impuls listrik akan dihantarkan oleh serabut saraf nosiseptor tidak bermielin (serabut C dan delta) yang bersinaps dengan neuron di kornu dorsalis medulla spinalis. Sinyal kemudian diteruskan melalui traktus spinotalalmikus di otak, dimana nyeri pada Fraktur dipersepsi, dilokalisis dan diinterpretasikan (Smeltzer & Bare, 2018)

f. Penatalaksanaan

1) Farmakoterapi

Panji (2019) menjelaskan bahwa semua obat yang mempunyai efek analgetika biasanya efektif untuk mengatasi nyeri akut. Hal ini dimungkinkan karena nyeri akut akan mereda atau hilang sejalan dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Praktik dalam tatalaksana nyeri, secara garis besar strategi farmakologi mengikuti "*WHO Three Step Analgesic Ladder*" yaitu :

- a) Tahap pertama dengan menggunakan abat analgetik nonopiat seperti NSAID atau COX2 *spesific inhibitors*.

b) Tahap kedua, dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri.

Maka diberikan obat-obat seperti pada tahap 1 ditambah opiat secara intermiten.

c) Tahap ketiga, dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opiat yang lebih kuat.

b. Non farmakologi

Terdapat berbagai jenis obat untuk meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Tindakan non farmakologi merupakan terapi yang mendukung terapi farmakologi dengan metode yang lebih sederhana, murah, praktis, dan tanpa efek yang merugikan. Intervensi yang dapat diberikan untuk mengurangi rasa nyeri salah satunya adalah latihan *Relaksasi Otot Progresif* (Potter & Perry, 2020).

## 2. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1) Data demografi

Identitas klien: Nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama: Nyeri pada daerah abdomen kanan bawah.

- b) Riwayat kesehatan sekarang: Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi.
  - c) Riwayat kesehatan dahulu: Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon.
  - d) Riwayat kesehatan keluarga :Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.
- 3) Pemeriksaan fisik ROS (*review of system*)
- a) Keadaan umum: Kesadaran composmentis, wajah tampak menyerengai, konjungtiva anemis.
  - b) Sistem kardiovaskuler: Ada distensi vena jugularis, pucat, edema, TD >110/70mmHg; hipertermi.
  - c) Sistem respirasi: Frekuensi nafas normal (16-20x/menit), dada simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak terpasang O<sub>2</sub>, tidak ada ronchi, whezing, stridor.
  - d) Sistem hematologi: Terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi dan pendarahan.
  - e) Sistem urogenital: Ada ketegangan kandung kemih dan keluhan sakit pinggang serta tidak bisa mengeluarkan urin secara lancar.
  - f) Sistem musculoskeletal: Ada kesulitan dalam pergerakan karena proses perjalanan penyakit.

- g) Sistem Integumen: Terdapat oedema, turgor kulit menurun, sianosis, pucat.
  - h) Abdomen: Terdapat nyeri lepas, peristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen.
- 4) Pola fungsi kesehatan menurut Gordon.
- a) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat: Adakah ada kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekwensinya), karena dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka.
  - b) Pola nutrisi dan metabolism: Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.
  - c) Pola Eliminasi: Pada pola eliminasi urine akibat penurunan daya konstraksi kandung kemih, rasa nyeri atau karena tidak biasa BAK ditempat tidur akan mempengaruhi pola eliminasi urine. Pola eliminasi alvi akan mengalami gangguan yang sifatnya sementara karena pengaruh anastesi sehingga terjadi penurunan fungsi.
  - d) Pola aktifitas: Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan.

- e) Pola sensorik dan kognitif : Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.
- f) Pola Tidur dan Istirahat: Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.
- g) Pola Persepsi dan konsep diri: Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil.
- h) Pola hubungan: Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. Penderita mengalami emosi yang tidak stabil.
- i) Pemeriksaan diagnostic:
  - (1) Ultrasonografi adalah diagnostik untuk appenditis akut.
  - (2) Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.

- (3) Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
  - (4) Pemeriksaan Laboratorium
    - (a) Darah: Ditemukan leukosit 10.000 – 18.0000  $\mu\text{ml}$ .
    - (b) Urine: Ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.
- b. Diagnosis keperawatan
- Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada appendicitis, antara lain:
- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi).
  - 2) Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (muntah).
  - 3) Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasive.
  - 4) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- c. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah

kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun dan frekuensi nadi membaik. Rencana intervensi adalah dengan melakukan Manajemen nyeri (I.08238) meliputi:

- a) Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri.
- 2) Identifikasi respon nyeri non-verbal.
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

- b) Terapeutik:

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan menerapkan relaksasi otot progresif.
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
- 3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

- c) Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
  - 3) Ajarkan teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi rasa nyeri.
- d) Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu.
- 2) Risiko hipovolemia ditandai dengan efek agen farmakologis (D.0034)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan status cairan (L.0328) membaik dengan kriteria hasil: kekuatan nadi meningkat, membrane mukosa lembab, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik dan turgor kulit membaik. Intervensi yang dilakukan adalah dengan Manajemen hypovolemia (I.03116) meliputi:

    - a) Observasi :
      - 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia.  
3.2. Monitor intake dan output cairan.
    - b) Terapeutik: Berikan asupan cairan oral.
    - c) Edukasi:
      - 1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.
      - 2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak.
    - d) Kolaborasi: Kolaborasi pemberian cairan IV.
  - 3) Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasive (D.0142)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi (L.14137) dengan kriteria hasil: Kebersihan tangan meningkat,

kebersihan badan meningkat, demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun dan kadar sel darah putih meningkat. Intervensi yang dilakukan adalah dengan pencegahan infeksi (I.14539) meliputi:

a) Observasi :

- (1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.
- (2) Batasi jumlah pengunjung
- (3) Berikan perawatan kulit pada area edema.
- (4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien.
- (5) Pertahankan teknik aseptic pada klien beresiko tinggi.

b) Edukasi:

- (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- (2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

c) Kolaborasi: Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

4) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Setelah melakukan tindakan keperawatamobilitas fisik (L.05042) dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun dan kelemahan fisik menurun. Intervensi yang dilakukan adalah dukungan mobilisasi (I.05173) meliputi:

a) Observasi:

- (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- (2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

b) Terapeutik:

- (1) Fasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu
- (2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien.

c) Edukasi:

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

d. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan/implementasi merupakan fase pelaksanaan atau implementasi dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi terdiri dari melakukan tindakan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan rencana keperawatan. Tindakan-tindakan pada rencana keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan fase kelima atau tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi mencakup aktivitas yang telah direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan dan efektivitas rencana asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan aspek penting dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan intervensi keperawatan harus dihentikan, dilanjutkan atau diubah. Evaluasi asuhan keperawatan

didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjektif, objektif, assessment, planning*) (Potter & Perry, 2020).

Komponen SOAP yaitu S (subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan. O (objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (*assessment*) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif. P (*planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang dilakukan berdasarkan hasil analisa. Evaluasi yang dilakukan terhadap pasien *Post Close Fracture Clavicula* dengan hambatan mobilitas fisik berdasarkan tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu pergerakan ekstremitas membaik, kekuatan otot membaik, rentang gerak *Relaksasi Otot Progresif* membaik, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

### E. Evidence Base Practice (EBP)

**Tabel 2.1  
Evidence Base Practice (EBP)**

<b>Penulis/ Tahun</b>	<b>Judul Penelitian</b>	<b>Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)</b>	<b>Hasil</b>
Rijki <i>et al.</i> (2023)	Efektifitas Relaksasi Nyeri Perawatan Pasca Apendisitis Teknik Terhadap Selama Luka Operasi	Penelitian ini adalah penelitian komparatif dengan desain kelompok perlakuan. Analisis perbandingan digunakan untuk membandingkan rata-rata antara dua atau lebih kelompok sampel data. asumsi mendasar dalam analisis perbandingan adalah bahwa variabel data yang akan dibandingkan harus mengikuti distribusi normal. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian dilakukan secara quota sampling yaitu menggunakan yang ada disaat penelitian berlangsung sebanyak 15 orang dengan metode uji perbandingan.	Rata-rata skala nyeri sebelum diberikan relaksasi sebesar 7,46 dan setelah diberikan teknik relaksasi adalah 5,33 dengan nilai perbedaan mean sebesar 2,13 dan nilai p-value sebesar 0,000 < $\alpha$ 0,05 yang berarti ada perbedaan antara skala nyeri sebelum dan setelah diberikan teknik relaksasi
Buulolo (2022)	Perbedaan Perubahan Tingkat Nyeri Selama Perawatan Luka Post Operasi Appendicitis Antara Pasien Yang Menggunakan Teknik Distraksi Dan Relaksasi Otot Progresif di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2022	Penelitian ini menggunakan desain penelitian <i>two group pretest and posttest</i> . Sampel sebanyak 30 responden yang terdiri dari 15 orang kelompok distraksi musik dan 15 orang untuk teknik relaksasi otot progresif. Teknik sampling yang digunakan adalah <i>accidental sampling</i> . Pengumpulan data dilakukan dengan observasi langsung pada pasien. Intervensi relaksasi nafas dalam dilakukan 2 kali dalam sehari selama 3 hari. Intervensi dalam satu sesi meliputi mengencangkan bagian	Pemberian terapi teknik distraksi dan teknik relaksasi otot progresif ada pengaruh pada penurunan skala nyeri ( $p = 0,000$ ).

<b>Penulis/ Tahun</b>	<b>Judul Penelitian</b>	<b>Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)</b>	<b>Hasil</b>
Jamini <i>et al.</i> (2022)	Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Herniotomi	<p>otot yang terasa nyeri tersebut selama 5-7 detik, kemudian bimbing pasien untuk merelaksasikan otot selama 20-30 detik, gerakan tersebut diulang sampai 5 kali.</p> <p>Jenis penelitian menggunakan rancangan <i>One Group Pretest Posttest Design</i>. sampel yang digunakan sebanyak 15 responden. Intrumen yang digunakan dalam terapi latihan relaksasi progresif adalah menggunakan lembar skala NRS dengan cara mengukur skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi otot progresif. Analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat dengan Uji Paired Sampel T-Test.</p>	<p>Ada pengaruh bahwa ada pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi herniotomi di Rumah Sakit TK. III dr. R. Soeharsono Banjarmasin (<math>p = 0,000</math>)</p>