

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Apendisitis

1. Pengertian

Apendisitis adalah radang pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya appendiks vermiformis, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017).

Apendisitis yaitu suatu kondisi di mana usus buntu terinfeksi. Kasus ringan dapat disembuhkan tanpa pengobatan, tetapi seringkali memerlukan pengangkatan usus buntu yang terinfeksi dan laparotomi (Hidayat, 2020).

Penyakit appendisitis jika tidak segera ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi yang parah seperti sepsis atau perforasi dan dapat menyebabkan kematian. Oleh sebab itu, penyakit appendisitis dapat di tangani dengan melakukan tindakan pembedahan atau sering disebut dengan appendiktomi, dan jika terjadi perforasi dapat dilakukan laparotomi (Sumarni, 2019).

2. Klasifikasi

Apendisitis dibagi menjadi 2, antara lain sebagai berikut :

a. Apendisitis akut

Peradangan pada appendiks dengan gejala khas yang memberi tanda setempat. Gejala apendisitis akut antara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini disertai rasa mual muntah dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik McBurney. Pada titik ini, nyeri yang dirasakan menjadi lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat (Hidayat 2005 dalam Mardalena, Ida 2017).

b. Apendisitis Kronis

Apendisitis kronis baru bisa ditegakkan apabila ditemukan tiga hal yaitu pertama, pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternatif diagnosa lain. Kedua, setelah dilakukan apendektomi, gejala yang dialami pasien akan hilang. Ketiga, secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendiks (Santacroce dan Craig 2006 dalam Mardalena, Ida 2017).

3. Etiologi

Etiologi dari appendisitis menurut (S. Bakhri, 2015) meliputi :

a. Hiperplasi jaringan limfoid.

Istilah medis hipertrofi jaringan limfoid dan hiperplasia limfatik umumnya menyebabkan radang usus buntu. Kondisi ini biasanya diidentifikasi dengan pemeriksaan lebih lanjut di laboratorium patologi. Pembesaran jaringan limfoid akibat perubahan struktur dinding apendiks dapat menyebabkan inflamasi. Perubahan ini umumnya terkait dengan penyakit radang usus (IBD), infeksi saluran cerna maupun Chorn's disease.

b. Fekalit.

Fekalit / timbunan tinja yang keras dan menjadi penyebab utama seseorang dapat mengalami radang usus buntu. Keadaan statis/diam secara terus-menerus menyebabkan banyak kuman berkembang biak. Ini menginduksi peradangan di sekitar struktur dan sekum, menyebabkan gejala pada pasien. Secara umum, appendisitis akibat penutupan tinja sering terjadi pada anak-anak dan orang tua. Hal ini dipengaruhi oleh gaya hidup yang sangat sedikit mengonsumsi makanan yang mengandung serat atau membatasi aktivitas fisik.

c. Tumor apendiks

Tumor langka ini terbentuk dibagian bawah saluran pencernaan yang dapat menyebabkan peradangan pada usus buntu. Tumor lebih

cenderung menyebabkan peradangan yang mengganggu struktur sekum yang sedang tumbuh.

d. Infeksi parasit.

Infeksi parasit seperti cacing gelang (*Ascaris lumbricoides*), amuba (*Entamoeba histolica*), cacing benang (*Strongiloides stercoralis*), cacing kremi (*enterobiasis*), dan *Blastocystis hominis* merupakan penyebab peradangan pada usus buntu. Biasanya infeksi parasit ditularkan dari hewan maupun cara hidup yang tidak sehat, seperti kurang menjaga kebersihan diri. Adanya infeksi parasit menyebabkan perlukaan atau erosi di lapisan usus buntu, sehingga peradangan dapat terjadi dengan mudah.

e. Makanan rendah serat

Seseorang yang mengkonsumsi sedikit makanan berserat akan mengalami feses yang kering, keras dan kecil yang memerlukan kontraksi otot yang lebih besar untuk mengeluarkannya sehingga menyebabkan konstipasi. Konstipasi menyebabkan terjadinya obstruksi fekalit dalam usus sehingga meningkatkan produksi mukus di saluran pencernaan. Peningkatan tekanan dinding appendiks meningkatkan tekanan kapiler dan menyebabkan iskemia mukosa dan translokasi bakteri menembus dinding appendiks menyebabkan terjadinya penyumbatan.

Penyumbatan yang terjadi pada lapisan usus buntu yang menyebabkan infeksi diduga menjadi penyebab usus buntu. Bakteri yang berkembang biak dengan cepat akhirnya menyebabkan appendiks menjadi meradang, bengkak, dan penuh nanah. Bila tidak segera diobati usus buntu bisa pecah (Wedjo, 2019).

4. Manifestasi

Beberapa manifestasi klinis menurut (Mardalena 2017 ; Handaya, 2017) yang sering muncul pada apendisitis antara lain sebagai berikut :

- a. Nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilikus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadran kanan bawah ke titik Mc Burney (terletak

diantara pertengahan umbilikus dan spina anterior ileum) nyeri terasa lebih tajam.

- b. Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya peritonitis dalam rongga abdomen
- c. Mual
- d. Muntah
- e. Nafsu makan menurun
- f. Konstipasi
- g. Demam

5. Patofisiologi

Apendisitis terjadi karena disebabkan oleh adanya obstruksi pada lumen apendikeal oleh, hiperplasi jaringan limfoid, fekalit, tumor apendiks, atau infeksi parasit *E-Histolytica*. Selain itu apendisitis juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan makanan yang rendah serat yang dapat menimbulkan konstipasi. Kondisi obstruktif akan meningkatkan tekanan intraluminal dan peningkatan perkembangan bakteri. Hal ini akan mengakibatkan peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks.

Pada fase ini penderita mengalami nyeri pada area periumbilikal. Dengan berlanjutnya pada proses inflamasi, akan terjadi pembentukan eksudat pada permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini berhubungan dengan perietal peritoneum, maka intensitas nyeri yang khas akan terjadi. Dengan berlanjutnya proses obstruksi, bakteri akan berproliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa dinding apendiks yang ditandai dengan ketidaknyamanan pada abdomen. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis serta diikuti peningkatan tekanan intraluminal, juga akan meningkatkan risiko perforasi dari apendiks.

Pada proses fagositosis terhadap respon perlawanan terhadap bakteri ditandai dengan pembentukan nanah atau abses yang terakumulasi pada

lumen apendiks. Berlanjutnya kondisi apendisitis akan meningkatkan resiko terjadinya perforasi dan pembentukan masa periapendikular. Perforasi dengan cairan inflamasi dan bakteri masuk ke rongga abdomen kemudian akan memberikan respon inflamasi permukaan peritoneum atau terjadi peritonitis. Apabila perforasi apendiks disertai dengan abses, maka akan ditandai dengan gejala nyeri lokal akibat akumulasi abses dan kemudian akan memberikan respons peritonitis. Gejala yang khas dari perforasi apendiks adalah adanya nyeri hebat yang tiba-tiba datang pada abdomen kanan bawah (Dwita, 2023)

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan menurut (Sulekale, 2016) untuk radang usus buntu yaitu:

a. Laboratorium

Ini termasuk hitung kelengkapan darah dan protein penghasil (CRP). Tes darah menunjukkan jumlah sel darah putih 10.000-18.000/mm³ leukositosis dan lebih dari 75% neutrofil, tetapi CRP menunjukkan peningkatan jumlah serum..

b. Radiologi

Termasuk ultrasound (USG) dan komputer tomography scanning (CTscan). Ultrasound menemukan bagian longitudinal dari apendiks yang meradang, tetapi CT menunjukkan apendiks yang meradang dan bagian apendiks yang melebar.

c. Pemeriksaan abdomen singkat

Pemeriksaan ini tidak menunjukkan tanda-tanda apendisitis yang jelas. Namun, penting untuk membedakan penyakit apendisitis dari batu ureter kanan atau obstruksi usus halus

7. Penatalaksanaan Medis

Adapun pengobatan/penatalaksanaan yang dapat dilakukan menurut (Wedjo, 2019) untuk radang usus buntu yaitu :

a. Terapi Konservatif

Terapi ini diterapkan untuk pasien yang tidak dapat menerima layanan bedah berupa antibiotik. Mengonsumsi antibiotik dapat membantu mencegah infeksi.

b. Operasi

Sudah jelas telah terdeteksi apendisitis maka tindakan yang dilakukan yaitu operasi pengangkatan apendiks. Operasi pengangkatan usus buntu disebut appendikomi.

B. Konsep Teori Nyeri Akut

1. Masalah Keperawatan

a. Pengertian

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), ada beberapa penyebab dari nyeri akut diantaranya yaitu :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoperasilasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c. Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), tanda gejala mayor pada nyeri akut diantaranya :

Gejala dan tanda Mayor:

- 1) Subjektif : mengeluh nyeri
- 2) Objektif: tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Minor:

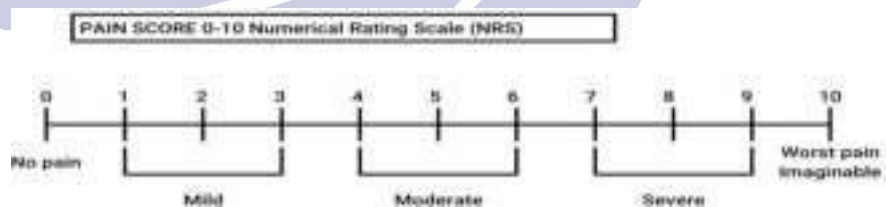
- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif: tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berokus pada diri sendiri, diaphoresis.

d. Pengukuran Skala Nyeri

Menurut (Dwita, 2023), pengukuran skala nyeri terdiri dari:

1) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Numeric Rating Scale (NRS) ini di dasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic. Skala numeric dari 0 hingga 10, dibawah, nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat.

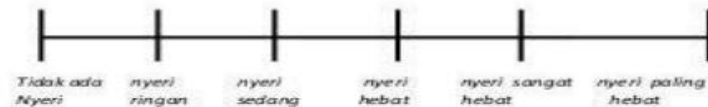


Gambar 2.1 Skala NRS

2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan

garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Gambar 2.2 Skala VRS

3) *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) Visual Analog Scale (VAS) adalah skala linear yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertical atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya atau reda rasa nyeri. Digunakan pada klien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaan sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



Gambar 2.3 Skala vas

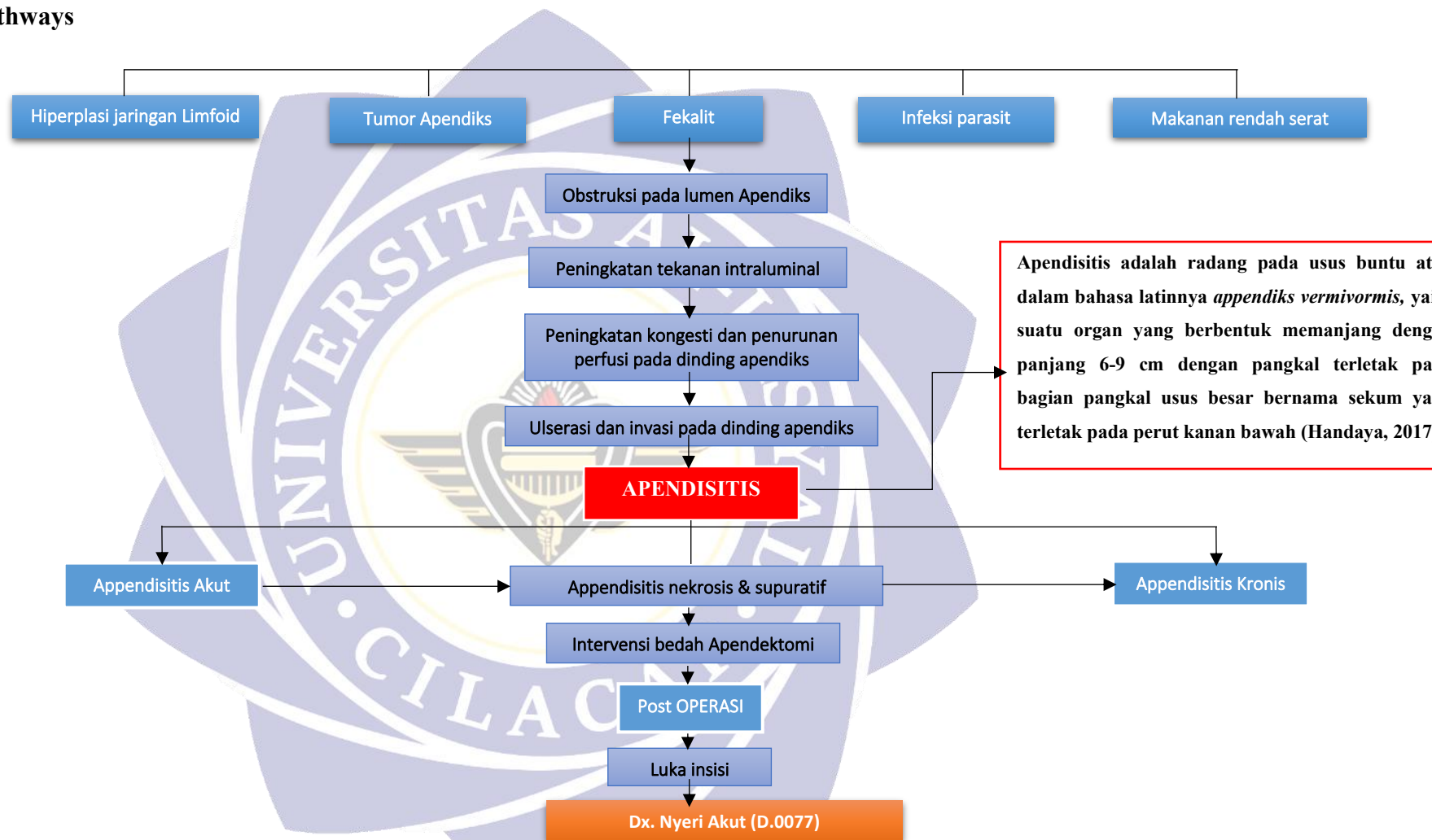
4) Skala wajah atau *Wong-Baker* FACES

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, “Tidak ada sakit hati” sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan “Sakit terburuk”. Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa Inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat Wong Baker FACES Pain Rating Scale. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat.



Gambar 2.4 Skala Wajah

2. Pathways



Bagan 2.1 Pathways Nyeri

Sumber: (Wainsani & Khoiriyah, 2020)

3. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum klien, drainase, tube/selang dan komplikasi
- b. Manajemen luka pasca operasi
- c. Mobilisasi dini
- d. Rehabilitasi
- e. *Discharge planning* ,merencanakan kepulangan klien dengan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi/penyakitnya pasca operasi (Mubarak,2015).

C. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan. Di sini, semua data dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan secara holistik dengan memperhatikan aspek psikologis, biologis, spiritual klien dan sosial. Tujuan pengkajian yaitu untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar dari klien. Metode utama yang tersedia untuk pengumpulan data adalah observasi, wawancara, diagnosis dan pemeriksaan fisik (Wedjo, 2019).

a. Identitas klien.

Identitas meliputi nama, jenis kelamin, umur , agama, alamat, pendidikan dan suku/bangsa

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan yang utama

Terdapat nyeri pada daerah abdomen kanan bawah.

2) Riwayat penyakit sekarang

Dikaji dimulai dari keluhan yang dirasakan pasien sebelum masuk rumah sakit, ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit sampai dilakukannyapengkajian. Biasanya terdapat nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus kebelakang

sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi. Pada pasien post operasi *apendiktomi* biasanya didapatkan adanya keluhan seperti nyeri pada luka insisi operasi. Keluhan nyeri dikaji menggunakan PQRST : P (*provokatif*), yaitu faktor yang mempengaruhi berat atau ringannya nyeri. Q (*Quality*), yaitu kualitas dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat. R (*Region*), yaitu daerah / lokasi perjalanan nyeri. S (*Severity*), yaitu skala/ keparahan atau intensitas nyeri. T (*Time*), yaitu lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau di tanyakan pada klien tentang penyakit apa saja yang pernah di derita, riwayat operasi serta tanyakan apakah pernah masuk rumah sakit sebelumnya.

4) Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan pada pasien mengenai riwayat penyakit keluarga seperti (Diabetes Melitus, Hipertensi, Asma) dan penyakit menular.

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Kedaan umum : Kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.
- 2) Sistem kardiovaskuler : Hipertermi, pucat, edema, TD >110/70mmHg
- 3) Sistem respirasi: frekuensi nafas normal (16-20x/menit), dada simetris ada tidaknya sumbatan jalan nafas, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak terpasang O2, tidak ada ronchi, whezing, stridor.
- 4) Sistem hematologi: terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi dan pendarahan.
- 5) Sistem urogenital: ada ketegangan kandung kemih dan keluhan sakit pinggang serta tidak bisa mengeluarkan urin secara lancer.
- 6) Sistem muskuloskeletal: ada kesulitan dalam pergerakan karena proses perjalanan penyakit.

- 7) Sistem Integumen: terdapat oedema, turgor kulit menurun, sianosis, pucat.
 - 8) Abdomen: terdapat nyeri lepas, peristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen.
- d. Pola fungsi kesehatan menurut Gordon.
- 1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adakah ada kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekuensinya), karena dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka.
 - 2) Pola nutrisi dan metabolisme.

Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.
 - 3) Pola Eliminasi.

Pada pola eliminasi urine akibat penurunan daya kontraksi 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.
 - 4) Pola aktifitas.

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan.
 - 5) Pola sensorik dan kognitif.

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.
 - 6) Pola Tidur dan Istirahat.

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

7) 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.

8) Pola hubungan.

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. penderita mengalami emosi yang tidak stabil

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian diatas masalah keperawatan yang mungkin muncul dengan nyeri pada pasien post operasi appendicitis menurut SDKI, 2016 adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur invasive) (SDKI, 2016 Hal. 172)

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rosida, 2020).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi, iskemia, neoperasilasma) (D.0077)</p> <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoperasilasma) • Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) • Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) <p>Gejala dan tanda Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subjektif : mengeluh nyeri • Objektif: tampak meringis, bersikap protektif, 	<p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Ekspektasi : menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238).</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Monitor efek samping penggunaan analgesik.</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri: teknik relaksasi genggam jari • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi</p>

	gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur Minor: <ul style="list-style-type: none"> • Subjektif : - • Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berokus pada diri sendiri, diaphoresis. 		<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian anagesik
--	---	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama pelaksanaan tindakan dan sesudah tindakan (Rosida, 2020). Implementasi keperawatan pada masalah nyeri yaitu dengan mengurangi faktor yang dapat meningkatkan nyeri, memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik non farmakologi (teknik relaksasi, umpan balik, imajinasi terbimbing, teknik distraksi, hipnosis, akupunktur) dan teknik farmakologi dengan pemberian obat analgetik guna memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi terhadap nyeri (Pamungkas, 2019). Berdasarkan SIKI diagnose nyeri akut didapatkan penerapan intervensi manajemen nyeri dengan harapan nyeri menurun dan masalah teratasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Rosida, 2020). Evaluasi keperawatan pada masalah nyeri dapat dinilai dari kemampuan pasien dalam merespon serangan nyeri, hilangnya rasa nyeri, menurunnya intensitas nyeri, terdapat respons fisiologis yang baik dan kemampuan untuk menjalankan kegiatan sehari-hari tanpa keluhan nyeri.

Berdasarkan SLKI pada diagnose nyeri akut yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- a. Keluhan nyeri menurun (5) dari rentang 1 sampai 5
- b. Meringis menurun (5) dari rentang 1 sampai 5
- c. Sikap protektif menurun (5) dari rentang 1 sampai 5
- d. Gelisah menurun (5) dari rentang 1 sampai 5
- e. Kesulitan tidur menurun (5) dari rentang 1 sampai 5
- f. frekuensi nadi membaik (5) dari rentang 1 sampai 5
- g. Pola napas membaik (5) dari rentang 1 sampai 5
- h. Pola tidur membaik (5) dari rentang 1 sampai 5

D. Relaksasi Genggam Jari

1. Pengertian Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi adalah kebebasan fisik dan mental dari stress dan juga ketegangan individu, karena menjadikan persepsi kognitif serta motivasi afektif seseorang berubah. Teknik relaksasi dapat membuat pasien mampu mengontrol diri mereka saat merasa nyeri, stress fisik dan ketidaknyamanan (Potter & Perry, 2015).

Teknik menggenggam jari adalah salah satu teknik Jin Shin Jyutsu. Jin Shin Jyutsu merupakan teknik akupresur Jepang. Teknik ini adalah suatu seni dengan menggunakan pernafasan dan sentuhan tangan yang sederhana untuk membuat energi yang ada didalam tubuh menjadi seimbang. Tangan merupakan alat sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Setiap jari

tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati. Perasaan yang tidak seimbang, seperti khawatir, takut, marah, kecemasan, dan kesedihan dapat menghambat aliran energi yang mengakibatkan rasa nyeri. Relaksasi genggam jari digunakan untuk memindahkan energi yang terhambat menjadi lancar (Hill, 2011). Pinandita (2012) perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non nosiseptor. Serabut saraf non nosiseptor mengakibatkan “pintu gerbang” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat atau berkurang. Jenis relaksasi genggam jari sangat mudah dilakukan oleh siapapun, yang berhubungan dengan jari – jari tangan dan aliran energi yang ada dalam tubuh kita (Potter & Perry, 2015).

Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam dapat mengurangi bahkan menyembuhkan ketegangan fisik atau emosi, teknik relaksasi genggam jari ini nantinya akan dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari-jari tangan, sehingga nantinya mampu memberikan sebuah efek rangsangan secara spontan pada saat dilakukan genggaman, kemudian rangsangan tersebut nantinya akan mengalir menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Indrawati, 2017).

2. Manfaat Teknik Relaksasi Genggam Jari

Manfaat teknik relaksasi genggam jari menurut Astutik dan Kurlinawati (2017) adalah sebagai berikut :

- a. Memberikan rasa damai, fokus dan nyaman pada klien paska operasi
- b. Memperbaiki aspek emosi yang dirasakan pada klien paska operasi.

- c. Menurunkan kecemasan dan depresi setelah dilakukan operasi.
- d. Menurunkan nyeri akibat proses pembedahan atau sayatan paska operasi

3. Standar Operasional Prosedur

Tabel 2.1 Prosedur Terapi Relaksasi Genggam Jari((Hanani, 2021)
dalam (Dwita, 2023))

Pengertian	Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun untuk mengurangi intensitas nyeri pasca pembedahan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
Prosedur	<p>Prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari diantaranya, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk berada pada posisi yang nyaman dan rileks 2. Anjurkan klien untuk mengatur nafas dengan hitungan teratur 3. Minta untuk klien untuk memposisikan tangan di atas abdomen 4. Minta klien untuk menggenggam ibu jari dengan tekanan lembut, genggam jari hingga nadi pasien terasa berdenyut, genggam ibu jari selama kurang lebih 3 menit dengan bernafas secara teratur, untuk kemudian diteruskan beralih ke satu persatu jari selanjutnya dengan rentan waktu yang sama. 5. Setelah kurang lebih dari 15 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain diselingi istirahat 1 kali.

	<ol style="list-style-type: none">6. Session selesai dengan menanyakan kembali bagaimana tingkat skala nyeri yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan7. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan responden melakukan teknik genggam jari
--	--



4. Jurnal Penerapan Terapi Relaksasi Genggam Jari

Tabel 2.3 Jurnal Penerapan Relaksasi Genggam Jari

No	Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode			Hasil
			Jenis dan Desain Penelitian	Variabel Penelitian dan Poperasiulasi	Analisa Data	
1	(Maulidya, 2024)	Pengaruh Terapi Relaksasi Genggam Jari Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendicitis Di Ruang Bedah	Jenis penelitian dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif. Dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian one group pre test – pro test design,	Poperasiulasi dalam studi ini adalah semua pasien pasca operasi apendisitis di ruang operasi, mulai dari Januari - Maret 2023 dengan total 92 responden sehingga diperoleh sampel total sebanyak 35 responden. Teknik dalam penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling. <i>Variable Independent:</i> Pengaruh Terapi Relaksasi Genggam Jari	Analisis data menggunakan uji non parametrik yaitu dengan menggunakan uji statistik <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi Appendicitis.	Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0.000$ dengan nilai $\alpha = 0.05$. Karena nilai $p = 0.000 < 0.05$, yang berarti bahwa ada pengaruh antara relaksasi pegangan jari dan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi apendisitis.

				Variable Dependent: Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendicitis Di Ruang Bedah		
2	(Hanani & Rahmawati, 2021)	Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Apendik di Rumah Sakit Wawa Husada Kepanjen Malang	Desain penelitian ini menggunakan <i>Pra-exsperimental designs</i> dengan <i>OneGroup Pre Test Post Test</i> .	Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 32 orang dengan jenis kelamin laki-laki 17 orang dan perempuan 15 orang. Variable Independent: Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Variable Dependent: Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Apendik di Rumah Sakit Wawa	Penelitian dilakukan selama satu bulan dengan menggunakan analisis uji <i>independent sample t-test</i> .	Dari hasil uji wilcoxon test didapatkan nilai Z Hitung dari Z Tabel (-3.978 <175) sehingga didapatkan kesimpulan terdapat pengaruh relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi apendik. Terapi genggam jari dapat dilakukan sebagai alternatif manajeme
3	(Dikson et al., 2019)	Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap	Desain penelitian menggunakan	Sampling menggunakan Accidental Sampling.	Uji Analisa data yang digunakan	Didapatkan p value = $0.001 \leq \alpha = 0.05$. Ada pengaruh relaksasi genggamjari

		Perubahan Skala Nyeri Pada Pasien Post Appendiktomi Di Ruang Dahlia RSUD DR. T.C. Hillers Maumere	preeksperimen dengan pendekatan <i>one-group pre-post test design</i> .	<p>Sample sebanyak 20 responden.</p> <p><i>Variable Independent:</i></p> <p>Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari</p> <p><i>Variable Dependent:</i></p> <p>Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pada Pasien Post Appendiktomi</p>	<p>yaitu uji wilcoxon pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap perubahan skala nyeri pada pasien post operasi apendiktomi</p>	terhadap perubahan skala nyeri pada pasien post operasi apendiktomi di ruang Dahlia RSUD dr. T. C. Hillers Maumere.
--	--	---	---	--	--	---