

BAB II

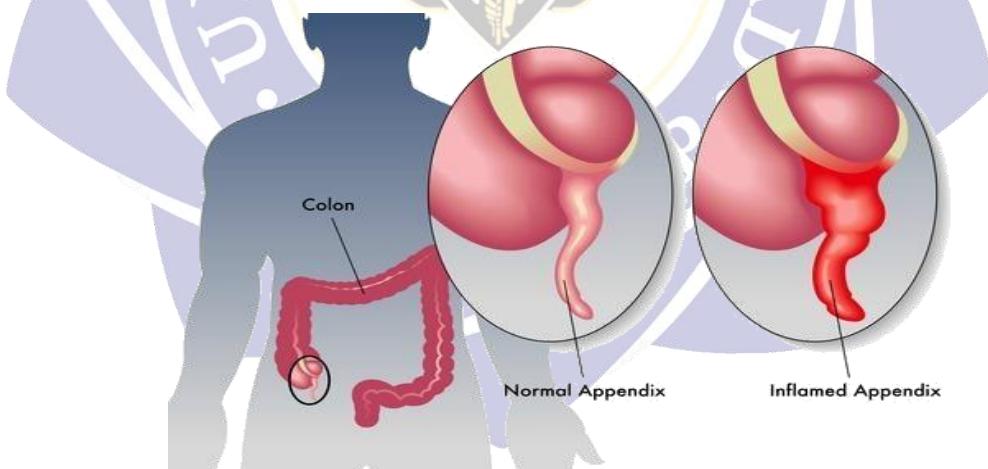
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian

Apendisitis adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu feses kemudian terjadi proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari *appendiks verivormis* (Nugroho, 2011). *Apendisitis* merupakan peradangan yang berbahaya jika tidak ditangani segera bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Williams & Wilkins, 2011). *Apendisitis* adalah suatu peradangan yang berbentuk cacing yang berlokasi dekat *ileosekal* (Reksoprojo, 2010).

Gambar 2.1 Perbandingan Appendik normal dan Apendiksitis



Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing. Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Sjamsuhidajat, 2010).

2. Etiologi

Apendiks merupakan organ yang belum diketahui fungsinya tetapi menghasilkan lendir 1-2 ml perhari yang normalnya dicurahkan kedalam *lumen* dan selanjutnya mengalir kesekum. Hambatan aliran lendir dimuara *ependiks* tampaknya berperan dalam *pathogenesis apendiks* (Wim de jong et al, 2005 dalam NIC-NOC, 2015).

- a. *Apendiksitis akut* merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteria dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan *lumen apendiks*. Selain itu *hyperplasia* jaringan limfa, *fikalit* (tinja/batu), tumor *ependiks* dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa *ependiks* karena parasit (*E.histolytica*).
- b. *Apendiksitis rekurens* yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukannya *apendiktomi*. Kelainan ini terjadi bila serangan *apendiksitis* akut pertama kali sembuh spontan. Namun *apendiksitis* tidak pernah kembali kebentuk aslinya karena terjadi *fibrosis* dan jaringan parut.
- c. *Apendiksitis kronis* memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kananbawah lebih dari dua minggu, radang kronik *ependiks* secara *makroskopik* dan *mikroskopik* (fibrosis menyeluruh didinding *ependiks*, sumbatan *parsial* atau *lumen apendiks*, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan *infiltrasi* sel inflamasi kronik) dan keluhan menghilang setelah *apendiktomi*

3. Manifestasi Klinis

Gejala awal yang khas merupakan gejala klasik *appendiksitis* adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah *epigastrium* disekitar *umbilicus* atau *periumbilikus*. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatik setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah *epigastrium*, tetapi terdapat *konstipasi* sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya *perforasi*. Terkadang *appendiksitis* juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5 – 38,5 derajat celcius (Liang MK et al 2015)

Selain gejala klasik, ada beberapa gejala lain yang dapat timbul sebagai akibat dari *appendiksitis*. Timbulnya gejala ini bergantung pada letak *appendiks* ketika meradang. Berikut gejala yang timbul tersebut :

- a. Bila letak *appendiks retrosekal retroperitoneal*, yaitu di belakang sekum (terlindung oleh sekum), tanda nyeri perut kanan bawah tidak begitu jelas dan tidak ada tanda rangsangan *peritoneal*. Rasa nyeri lebih kearah perut kanan atau nyeri timbul pada saat melakukan gerakan seperti berjalan, bernafas dalam, batuk, dan

mengedan. Nyeri ini timbul karena adanya kontraksi m.psoas mayor yang menegang dari *dorsal*.

- b. Bila *apendiks* terletak di rongga *pelvis* atau menempel pada *rectum* akan timbul geala dan rangsangan *sigmoid* atau *rectum* singga *peristaltic* meningkat, pengosongan *rectum* akan menjadi lebih cepat dan berulang-ulang (diare).
- c. Bila *apendiks* terletak didekat atau menempel pada kandung kemih, dapat terjadi peningkatan frekuensi kemih karena rangsangan dindingnya.

4. Patofisiologi

Apendisisis kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau *fekalit*. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa apendisisis berhubungan dengan asupan makanan yang rendah serat. Pada stadium awal *apendisisis*, 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 (Burkit, Quick & Reed, 2007 dalam Lutfiana 2018).

5. Penatalaksanaan Medis

Pada penatalaksanaan operasi *appendiktoni* dibagi menjadi tiga (Brunner & Suddarth, 2010), yaitu:

a. Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah munculnya keluhan perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala *appendisitis* belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuaskan. *Laksatif* tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya *appendisitis*. Diagnosis ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan.

2) Antibiotik

Appendisitis gangrenosa atau *appenditis perforasi* memerlukan antibiotik, kecuali *appendiksis* tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan *abses* atau *perforasi*.

b. Operasi

Operasi/pembedahan untuk mengangkat *appendiks* yaitu *appendiktoni*. *Appendiktoni* harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko *perforasi*. *Appendiktoni* dapat dilakukan

dibawah anestesi umum dengan pembedahan *abdomen* bawah atau dengan *laparoskopi*. *Laparoskopi* merupakan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010). *Apendiktomi* dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan *konvensional laparotomi*) atau dengan teknik *laparoskopi* yang merupakan teknik pembedahan minimal *infasive* dengan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010)

c. Setelah Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, *hipertermia*, syok atau gangguan pernafasan. 16 Baringkan klien dalam posisi *semi fowler*. Klien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu klien dipuaskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi klien dianjurkan duduk tegak di temppat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh dapat diangkat dan dibolehkan pulang (Mansjoer, 2010)

1) *Analgetik non opioid* – Obat *Anti Inflamasi NonSteroid* (OAISN)

Efektif untuk penatalaksanaan nyeri ringan sampai sedang terutama *asetomenofn* (*Tylenol*) dan OAISN dengan *ef anti peritik, analgetik* dan anti inflamasi, Asam

asetilsalisilat (aspirin) dan Ibuprofin (Morfin, Advil) merupakan OAINS yang sering digunakan untuk mengatasi nyeri akut derajat ringan. OAINS menghasilkan analgetik dengan bekerja ditempat cedera melalui inhibisi sintesis prostaglandin dari *prekursor asam arokidonat*.

Prostaglandin mensintesis nosiseptor dan bekerja secara sinergis dengan prodok inflamatorik lain di tempat cedera, misalnya *bradikinibin* dan *histamin* untuk menimbulkan *hiperalanalgetik*. *Analgesia opioid* merupakan analgetik yang kuat yang bersedia dan digunakan dalam penatalaksanaan nyeri dengan skala sedang sampai dengan berat. Obat-obat ini merupakan patokan dalam pengobatan nyeri pasca operasi dan nyeri terkait kanker. Morfin merupakan salah satu jenis obat ini yang digunakan untuk mengobati nyeri berat.

2) Non Farmakologis

Penatalaksanaan non farmakologis terdiri dari berbagai tindakan yang mencakup seperti terapi es dan panas, distraksi, imajinasi terbimbing dan hipnosis. Salah satu pelaksanaan nyeri non farmakologis yang mudah dilakukan yaitu distraksi. Distraksi yang memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat

menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi system control desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Teknik relaksasi dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri.

B. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut

1. Konsep Nyeri

a. Pengertian

Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit (Perry & Potter, 2009).

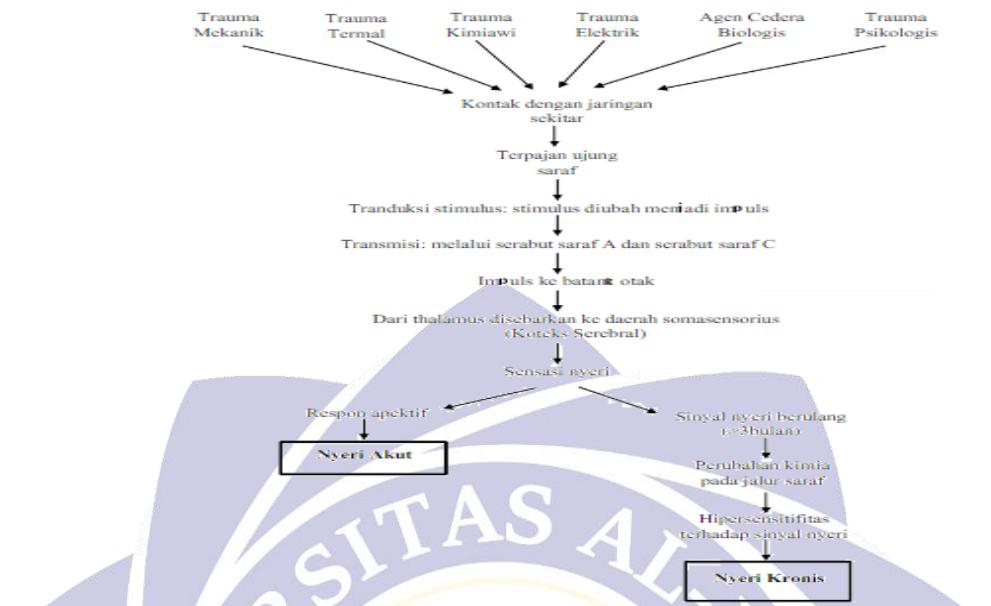
Menurut PPNI (2017) Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Penyebab

Menurut PPNI (2017) ada beberapa penyebab masalah keperawatan Nyeri akut :

- 1) Agen pencedera fisiologis (Misalnya. Inflamasi, Iskemia, Neoplasma)
 - 2) Agen pencedera kimiawi (misalnya Terbakar, Bahan kimia iritan)
 - 3) Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
- c. Tanda dan Gejala
- Gejala dan tanda menurut PPNI (2017) adalah sebagai berikut:
- 1) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif : pasien mengeluh nyeri
 - b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, 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, diaphoresis.

d. Pathways



Bagan 2.1 (Hidayat, 2009 dalam Andi 2024)

e. Penatalaksanaan

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Manajemen nyeri pre operasi meliputi pemberian terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi berupa intervensi perilaku kognitif seperti teknik relaksasi, terapi musik, imagery dan biofeedback, namun begitu banyak aktivitas keperawatan non farmakologis yang dapat membantu dan menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2011).

Pada kasus nyeri yang dialami post operasi dalam teknik non farmakologi penanganan nyeri yang biasa digunakan yaitu :

- 1) Pijat atau *masase* pijat dapat dilakukan dengan jumlah tekanan dan stimulasi yang bervariasi terhadap berbagai titik-titik

pemicu miofasisal di seluruh tubuh. Pijat akan melemaskan ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi lokal.

2) *Akupuntur*

Akupuntur adalah insersi jarum halus ke dalam berbagai “titik akupuntur (pemicu)” diseluruh tubuh untuk meredakan nyeri.

3) *Akupresure*

Akupresure pemberian tekanan dengan ibu jari, suatu teknik yang disebut dengan. *Akupresure* memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat.

4) *Range Of- Motion (ROM)* Digunakan untuk melemaskan otot, memperbaiki sirkulasi, dan mencegah nyeri yang berkaitan dengan kekakuan dan imobilitas.

5) Aplikasi panas

Panas dapat disalurkan melalui konduksi (botol air panas, bantalan pemanas listrik, lampu, kompres basah panas), konveksi (*whirpool*, *sitz bath*, berendam air panas) atau konversi (*ultrasonografi*, *diatermi*). Panas dapat melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah, sehingga memungkinkan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk- produk inflamasi, seperti *bradikinin*, *histamin*, dan *prostaglandin* yang menimbulkan nyeri lokal

6) Aplikasi dingin

Aplikasi dingin lebih efektif untuk nyeri akut (misalnya, trauma akibat luka bakar, tersayat, terkilir). Dingin dapat disalurkan dalam bentuk berendam atau kompres air dingin, kantung es, *aquamatic K pads* dan pijat es. Aplikasi dingin mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta *edema*.

7) Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi genggam jari adalah teknik sederhana yang mengabungkan bernafas dan memegang setiap jari (Curley, 2014). Tindakan ini dapat digunakan untuk mengelola nyeri, emosi, dan stress.

Teknik mengenggam jari merupakan bagian dari teknik *Jin Shin Jyutsu*. *Jin Shin Jyutsu* adalah akupresur Jepang. Bentuk seni yang menggunakan sentuhan sederhana tangan dan pernafasan untuk menyeimbangkan energi didalam tubuh. Tangan (jari dan telapak tangan) adalah alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang (Ramadina et al., 2016).

Teknik genggam jari ini sangat berguna untuk kehidupan sehari-hari. Saat kita menangis, merasa marah, atau gelisah karena situasi yang sulit, teknik ini dapat membantu kita untuk menjadi lebih tenang dan focus sehingga kita dapat mengambil

tindakan atau respon yang tepat dalam menghadapi situasi tersebut. Teknik ini dapat dilakukan sebagai meditasi yang diiringi oleh musik, atau dilakukan sebelum tidur untuk melepaskan masalah-masalah dan membantu tubuh, pikiran, dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meredian (jalur atau jalur energi dalam tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Indrawati & Arham, 2021).

Teknik relaksasi genggam jari dilakukan dengan cara menggenggam kelima jari satu persatu dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking selama sekitar 2-3 menit. Sentuhan pada ibu jari dipercaya dapat meredakan kecemasan dan sakit kepala. Genggaman pada jari telunjuk dilakukan untuk meminimalisir frustasi, rasa takut serta nyeri otot dan berhubungan langsung dengan ginjal. Jari tengah berhubungan

erat dengan sirkulasi darah dan rasa lelah, sentuhan pada jari tengah menciptakan efek relaksasi yang mampu mengatasi kemarahan dan menurunkan tekanan darah serta kelelahan pada tubuh. Sentuhan pada jari manis dapat membantu mengurangi masalah pencernaan dan pernafasan juga dapat mengatasi energy negatif dan perasaan sedih. Jari kelingking berhubungan langsung dengan organ jantung dan 7 usus kecil. Dengan melakukan genggaman pada jari kelingking dipercaya dapat menghilangkan rasa gugup dan stres (Sari, 2020).

Genggam jari dengan lembut, tidak keras, tidak menekan tapi genggam lembut seperti menggenggam tangan bayi, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut. Lakukan satu persatu pada jari tangan mulai dari ibu jari selama kurang lebih 2-3 menit Lakukan hal yang sama untuk jari-jari lainnya dengan rentang waktu yang sama Sesi selesai dengan menanyakan kembali bagaimana intensitas nyeri yang dirasakan pasien dan mendokumentasikan respon pasien.

Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari

Prosedur teknik relaksasi genggam jari yang dilaksanakan 15 menit dari satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama menurut (Astutik & Kurlinawati, 2017).

Gambar 2.2 Pelaksanaan Relaksasi Genggam Jari

- a) Posisi duduk atau berbaring dengan nyaman



Gambar 2.2 Posisi supinasi

sumber : Anonim, (2018)

Langkah- langkah teknik genggam jari

- a) Gerakan menggengam ibu jari dengan telapak tangan sebelahnya.



Gambar 2.3 Genggam ibu jari

Sumber :keys2harmony (2015)

- b) Gerakan menggenggam jari telunjuk dengan telapak tangan sebelahnya



Gambar 2.4 Genggam jari telunjuk

Sumber : keys2harmony (2015)

- c) Gerakan menggenggam jari tengah dengan telapak tangan sebelahnya.



Gambar 2.5 Genggam jari tengah

Sumber : keys2harmony (2015)

- d) Gerakan menggenggam jari manis dengan telapak tangan sebelahnya.



Gambar 2.6 Genggam jari manis

Sumber : keys2harmony (2015)

- e) Gerakan menggenggam kelingking dengan telapak tangan sebelahnya



Gambar 2.7 Genggam jari kelingking

Sumber : keys2harmony (2015)

- f) Tutup mata, fokus, tarik nafas dengan hidung serta keluarkan melalui mulut.
 - g) Katakan semakin rileks hingga benar-benar menjadi rileks
 - h) Apabila keadaan sudah rileks bisa dilakukan dengan kata memberi motivasi kepada diri sendiri seperti saya pasti bisa, saya ingin masalah saya cepat selesai, maafkan, lepaskan, saya ingin nyeri cepat turun dan sebagainya sesuai permasalahannya
 - i) Gunakanlah perintah yang berlawanan untuk menormalisasikan pikiran alam bawah sadar seperti mata aku perintah untuk normal dan buka kembali.
 - j) Lepaskan menggenggam jari serta usahakanlah menjadi lebih santai.
- 8) Teknik pengalihan atau distraksi
- Teknik-teknik pengalihan mengurangi nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulus lain dan menjauhi nyeri
- 9) Penciptaan khayalan dengan tuntunan atau imajinasi terbimbing
- Penciptaan khayalan dengan tuntunan adalah suatu bentuk pengalihan fasilitator yang mendorong pasien untuk

memvisualisasikan atau memikirkan pemandangan atau sensasi yang menyenangkan untuk mengalihkan perhatian menjauhi nyeri.

2. Asuhan Keperawatan berdasarkan teori

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dan sistematis yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu: pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana perawatan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan ini digunakan sebagai kerangka kerja pemecahan masalah kesehatan yang ditemukan. (Adeyemo et al., 2017 dalam Resita, 2019)

a. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang memiliki peran penting dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Resita, 2019). Pengkajian data dasar dalam pengkajian klien pada *appendiksitis* dilakukan mulai dari :

- 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 compostemtis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.
 - b) Sistem kardiovaskuler: Ada distensi vena jugularis, pucat, edema, TD $>110/70$ mmHg; hipertermi.
 - c) 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.
 - 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 muskuloskeletal: 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 beristirahat 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.

- b. Diagnosa Keperawatan (berdasarkan diagnosa keperawatan/SDKI) :

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial.

Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusuna rencana tindakan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyanti, 2017).

1) Pengertian

Nyeri Akut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

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

2) Etiologi

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

3) Manifestasi Klinis

- 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 nadi meningkat, Pola napas

berubah, Nafsu makan berubah, Proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri,

Diaforesis

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

c. Intervensi

| No | Diagnosa | SLKI | SIKI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------|---|------|-----------|----|----|---|---------------|---|---|---|----------|---|---|---|-----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|
| 1 | Nyeri Akut | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : SLKI: Tingkat nyeri (L.08066)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Kesulitan tidur</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1-4 1. Meningkat</p> | No | Indikator | IR | ER | 1 | Keluhan nyeri | 3 | 5 | 2 | Meringis | 3 | 5 | 3 | Sikap protektif | 3 | 5 | 4 | Kesulitan tidur | 3 | 5 | <p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang |
| No | Indikator | IR | ER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Keluhan nyeri | 3 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Meringis | 3 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Sikap protektif | 3 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Kesulitan tidur | 3 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun</p> | <p>nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, relaksasi, akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, terapi kompres hangat/dingin.</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> |
|--|--|---|---|

d. Implementasi

Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri nonfarmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh Klien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perlu adanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto etal., 2020).

Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik relaksasi genggam jari. teknik terapi relaksasi menggunakan jari jemari serta gelombang tenaga yang ada di dalam tubuh (Kurniawaty & Febrianita, 2020)

e. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan Klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- S : keluhan secara subjektif yang dirasakan Klien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- O : keadaan objektif Klien yang dapat dilihat oleh perawat
- A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisisoleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan

perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

- P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

| Penulis/Tahun | Judul Penelitian | Metode | Hasil |
|---------------------------|---|---|---|
| Safarudin & Sirajul, 2020 | Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Appendiktomi di Ruang Melati RSUD Kota Kendari Tahun 2020 | Jenis penelitian ini adalah praeksperimen dengan rancangan One-group pra-post test design, Populasi penelitian ini adalah pasien post operasi appendiktomi di Ruang Melati RSUD Kota Kendari tahun 2020 sebanyak 89 orang, dengan sampel sebanyak 31 orang, Adapun teknik penarikan sampel yang digunakan dalam penelitian adalah purposive sampling. Uji yang digunakan adalah paires t test. Adapun kriteria inklusi sampel penelitian ini yaitu: Pasien Post Operasi appendiktomi yang dirawat diruang rawat inap RSUD Kota Kendari, Pasien dalam kondisi sadar (terbebas dari anastesi, 6 jam setelah operasi), Sebelum pemberian analgetik berikutnya (1 jam sebelum terapi analgetik atau 7 jam setelah terapi analgetik), Pasien | Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden mengalami nyeri sedang sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu sebanyak 21 responden (65,6%), sedangkan setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari berubah menjadi sebagian besar responden mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 19 responden (59,4%). Hasil uji statistik Wilcoxon Test didapatkan bahwa p value = $0,000 \leq \alpha = 0,05$ sehingga H_a diterima dan H_0 ditolak. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari (Finger Hold) terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien Post Operasi appendiktomi di ruang melati RSUD Kota Kendari. |

| | | | |
|-----------------------|--|---|--|
| | | yang menjalani perawatan minimal 3 hari, Pasien skala nyeri ringan (1 - 3) dan skala nyeri sedang (4 - 6) menurut skala VDS | |
| Nurhusna, Dkk, (2022) | Efektifitas Terapi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendektomi | Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan rancangan “Pre-Test Post Test With Control Design” dimana sasaran dalam penelitian ini adalah pasien post operasi appendektomi di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor dengan populasi 38 pasien. Instrumen yang digunakan dalam pengukuran tingkat nyeri adalah Numeric Rating Scale. Sedangkan untuk terapi genggam jari alat yang digunakan berupa lembar observasi dan panduan latihan menggenggam jari, Kuesioner responden pada penelitian ini dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengacu pada konsep dan teori yang ada. | Uji statistik menggunakan uji wilcoxon didapatkan hasil hasil pada kelompok intervensi pre test dan post test terdapat perbedaan skor tingkat nyeri yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan terapi genggam jari dengan nilai pre test sebesar 4,93 dan post test sebesar 3,27 pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol nilai pre test sebesar 4,27 dan post test sebesar 5,13. Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri pada pasien post operasi appendektomi. kelompok intervensi p-value 0,000 (0,05), dan Uji Mann Whitney pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai p-value 0,003 atau $p < 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa H_0 ditolak yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat nyeri post test pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol |
| Yanuar dan Eni, 2021 | Pengaruh relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pasien post operasi appendik di rumah sakit wawa husada kepanjen | Penelitian ini menggunakan pra eksperimental designs dengan one group pre test-post test. Penelitian dilakukan selama satu bulan dengan menggunakan analisis uji independent sample t-test. Jumlah | Dari hasil uji Wilcoxon test didapatkan hasil terdapat 20 responden dengan skor intensitas nyeri berkurang setelah pemberian terapi relaksasi genggam jari dan 11 responden tidak ada perubahan skor sebelum dan setelah dilakukan terapi relaksasi |

| | | | |
|--|--------|--|---|
| | malang | responden dalam penelitian ini sebanyak 32 orang terdiri dari jenis laki-laki 17 orang dan perempuan 15 orang dengan menggunakan teknik accidental sampling. | genggam jari, serta 1 responden mengalami peningkatan skor intensitas nyeri setelah dilakukan relaksasi genggam jari dengan penilaian secara subyektif. Maka 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. |
|--|--------|--|---|

