

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit Appendisitis**

##### **2.1.1 Definisi Appendisitis**

Apendisitis adalah keadaan usus mengalami peradangan dibagian usus buntu, gejala yang biasa dirasakan saat terjadi yaitu oenderita merasakan sakit atau nyeri di perut kanan bawah. Appendisitis merupakan peradangan pada usus buntu atau umbai cacing, pada umumnya infeksi ini dapat menyebabkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah appendiktomi untuk mencegah komplikasi. Appendisitis adalah penyakit bedah mayor yang cukup sering terjadi, selain dapat terjadi diberbagai usia, penyakit ini juga paling sering terjadi pada usia dewasa atau muda dan motalitas penyakit ini tinggi.(Rahmadhani et al., 2025)

##### **2.1.2 Klasifikasi Appendisitis**

Klasifikasi (Adistyanny, 2024)apendisitis terbagi menjadi 2, yaitu :

a. Appendisitis Akut

Gejala khas yang sering tampil dari apendisitis akut disadari oleh radang mendadak pada apendiks, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum lokal. Nyeri yang dirasakan pada apendisitis adalah nyeri samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium dibagian umbilikus. Biasanya yang dikeluhkan adalah mual disertai muntah dan pada umumnya nafsu makan akan menurun.

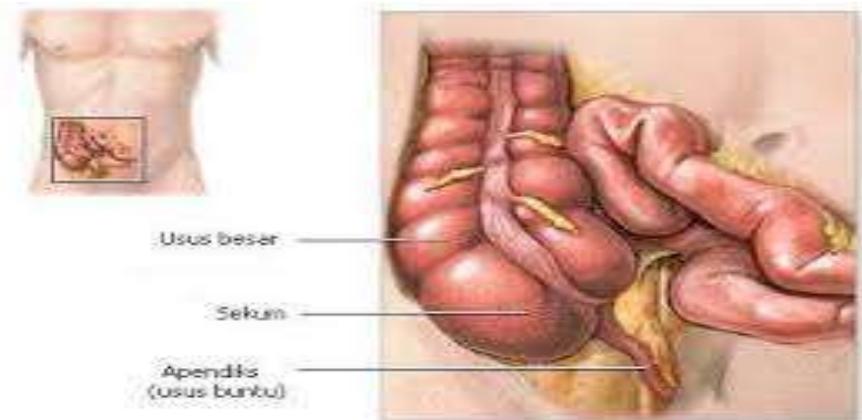
b. Appendisitis Kronik

Gejala dari apendisitis kronik adalah riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendiks secara mikroskop (fibrosis menyeluruh di dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik). Dan keseluruhan menghilang setelah apendiktomi

**2.1.3 Anatomi Fisiologi Appendiks**

a. Anatomi Appendisitis

Appendisitis vermicularis atau yang biasa disebut usus buntu adalah organ yang memiliki otot dan bentuk seperti tabung tipis yang banyak mengandung jaringan limfoid. Panjang appendiks adalah 8 hingga 13 cm (3 hingga 5 inch). Tonjolan berbentuk lintah ini menempel pada permukaan medial posterior sekum 2,5 cm dibawah cecal junction. Appendiks vermicularis terletak diquadrant kanan bawah perut daerah pada iliaca dextra. Basisnya menonjol ke dinding anterior abdomen titik ketiga bawah yang menghubungkan spina iliaca anterior superior dan pusar. Ini umumnya dikenal sebagai titik McBurney. (Helci, 2023)



Gambar 2 1 Anatomi Appendiks (Helci, 2023)

b. Fisiologi Appendiks

Seharusnya secara fisiologi, apendiks ini akan menghasilkan lendir 1-2 ml per hari, lendir ini akan masuk ke dalam lumen dan mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks berperan sebagai potogenesis apendiks. Immunoglobulin skreator yang dihasilkan oleh GALT (Gult Associated Lympoid Tissue) yang terdapat sepanjang saluran pencernaan termasuk apendiks adalah IgA. Immunoglobulin ini sangat efektif sebagai perlindungan terhadap infeksi. Walaupun ada pengangkat apendiks, tidak akan mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfa disini sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlahnya disaluran pencernaan dan diseluruh tubuh. (Helci, 2023)

#### **2.1.4 Etiologi Appendisitis**

Menurut (Kusrini & Rahayu, 2024) , ada beberapa faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks, diantaranya sebagai berikut :

- a. Faktor sumbatan, merupakan faktor terpenting terjadinya apendicitis (90%) yang diikuti oleh infeksi
- b. Faktor adanya bakteri, beberapa bakteri yang bisa menyebabkan apendicitis antara lain *Bacteroides fragillis*, *E. coli*, *Splanchnicus*, *Lacto-basilus*, *Pseudomonas*, dan *Bacteriodes splanicus*.
- c. Keturunan, pada radang apendiks diduga juga merupakan faktor herediter. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga terutama yang kurang serat dapat memudahkan terjadinya fekhalith dan mengakibatkan obstruksi lumen.
- d. Faktor ras dan diet, negara maju yang mengkonsumsi makanan tinggi serat beresiko terkena apendicitis dari pada negara berkembang yang tidak mengkonsumsi tinggi serat.

#### **2.1.5 Patofisiologi**

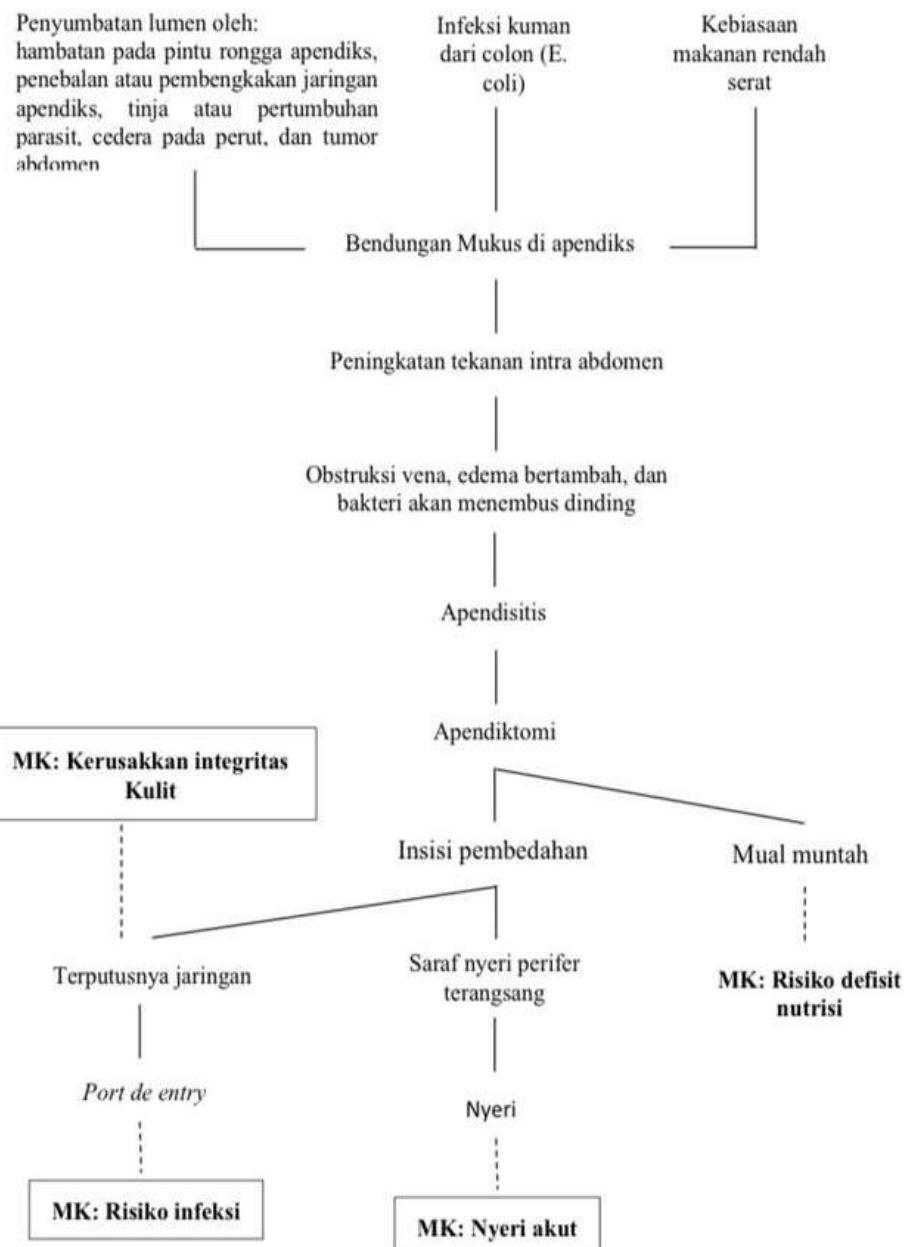
Appenditis bisa terjadi karena adanya penyumbatan pada lumen apendiks oleh hyperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena adanya fibrosis kibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mucus tersumbat makin banyak, namun ke elastisan dinding apendiks mempunyai ketrbatasan sehingga dapat menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan

menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakter, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadinya apendisitis akut fokal yang ditandai nyeri epigastrium.

Bila sekresi mucus terus berlanjut dan tekanan terus meningkat, hal ini bisa menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menibulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dindig apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut juga apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi. Bila semua proses di atas berjalan lambat, momentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrat apendikularis. Peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau meenghilang. Pada anak-anak ,karena momentum lebih pendek dan apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi. Sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Dwita, 2023)

### **2.1.6 Pathways Appendicitis**

Bagan 2.1 Pathways Appendicitis(Adistyanny, 2024)



### **2.1.7 Manifestasi Klinis Appendisitis**

Keluhan appendisitis dimulai dari nyeri di periumbilikus,muntah,dan rangsangan peritonium viseral. Dalam waktu 2-12 jam seiring dengan iritasi peritoneal, kerusakan integritas kulit, nyeri perut akan berpindah kekuadran kanan bawah yang menetap 7 dan diperberat dengan batuk dan berjalan. Nyeri akan semakin progresif dan dengan pemeriksaan akan menunjukan satu titik dengan nyeri maksimal. Gejala lain yang dapat ditemukan adalah anoreksia,malaise demam terlalu tinggi,konstipasi,diare,mual,dan muntah

Menurut (Adistyanny, 2024), Manifestasi klinis meliputi:

1. Nyeri kuadran bawah biasanya disertai dengan demam derajat rendah,mual dan sering kali muntah.
2. Pada titik McBurney (di tengah-tengah antara umbilicus dan spina anterior dari ilium) nyeri tekan setempat karena tekanan dan sedikit kaku dari bagian bawah otot rektus kanan.
3. Nyeri alih mungkin saja ada,letak apendiks mengakibatkan sejumlah nyeri tekan,spasme otot,dan konstipasi atau diare kambuhan.
4. Tanda rovsing (dapat diketahui dengan mempelpasi kuadran kanan bawah,yang menyebabkan nyeri pada kuadran kiri bawah.
5. Jika terjadi rupture apendiks, maka nyeri akan melebar, terjadi distensi abdomen akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk.

### **2.1.8 Komplikasi Appendisitis**

Dijelaskan bahwa komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan appendiksitis. Faktor keterlambatan dapat berasal dari penderita dan tenaga medis. Faktor penderita meliputi pengetahuan dan biaya, sedangkan tenaga medis meliputi kesalahan diagnosis, menunda diagnosis, terlambat merujuk ke rumah sakit, dan terlambat melakukan penanggulangan. Kondisi ini menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas. Proporsi komplikasi apendiks 10-32%, paling sering pada anak kecil dan orang tua. Anak-anak memiliki dinding appendiks yang masih tipis, momentum lebih pendek dan belum berkembang sempurna memudahkan terjadinya perforasi, sedangkan orang tua terjadi gangguan pembukuh darah (Adistyanny, 2024)

Ada beberapa jenis komplikasi diantaranya

#### **1. Abses**

Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Terabu massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini awal berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila appendisitis gangren atau mikroperforasi ditutup oleh momentum.

#### **2. Perforasi**

Perforasi adalah pecahnya appendiks yang berisi pus sehingga bakteri akan menyebar ke rongga perut. Perforasi ini jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis

yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5°, tampak toksik, ada nyeri tekan diseluruh perut, dan leukositosis terutama polymorphonuclear (PMN). Perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan terjadinya peritonitis. Peritonitis ini memerlukan pertolongan medis segera untuk membatasi gerakan lebih lanjut karna terjadinya bocoran dari isi lambung ke rongga perut. Untuk mengatasi peritonitis dapat dilakukan operasi untuk mengatasi/memperbaiki perforasi, mengatasi sumber infeksi.

### 3. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oligouria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis.

### **2.1.9 Pemeriksaan Penunjang Appendisitis**

Menurut (Adistyanny, 2024), pemeriksaan penunjang apendisitis meliputi sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Fisik

- 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dmna dinding perut tampak mengencang (distensi).
- 2) Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg Sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendisitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai bawah kanan dan paha diteku kuat/tungkai di angkat tinggi-tinggi,maka rasa nyeri diperut semakin parah (proas sign)
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.

b. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) SDP : Leukositosis diatas 12.000/mm3. Neutrofil meningkat sampai 75%
- 2) Urinalisis : Normal,tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada
- 3) Foto abdomen : Dapat menyatakan adanya pergeseran,material apendiks (fekalit),ileus terlokalisir. Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga 10.000-

18.000/mm3. Jika peningkatan lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah)

c. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit
- 2) Ultrasonografi (USG)
  - Rontgen abdomen : biasanya dilakukan 24-48 jam setelah operasi digunakan untuk melihat apakah ada komplikasi, seperti sisa apendiks, obstruksi usus, atau abdomen.
- 3) CT scan
  - CT Scan abdomen : Digunakan untuk melihat detail lebih lengkap seperti perforasi usus, abses, atau hematomma besar.
- 4) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.
  - Digunakan untuk melihat detail lebih lengkap tentang komplikasi seperti perforasi usus, abses, atau hematoma.

## **2.1.10 Penatalaksanaan Appendisitis**

### **a. Medis**

Menurut (Adistyanny, 2024) Penatalaksanaan medis pada apendisitis meliputi :

#### **1) Observasi**

Dalam kurun waktu 8-12 jam setelah munculnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis sering kali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuaskan. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

#### **2) Antibiotik**

Apendisitis gangrenosa atau appendisitis perforasi akan memerlukan obat jenis antibiotik, kecuali apendiksitis tanpa komplikasi yang tidak memerlukan antibiotik.

### **b. Operasi**

Operasi atau pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apensiks yaitu apendiktomi. Apendiktomi dilakukan dibawah anastesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau dengan laparaskopi.

c. Setelah Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernafasan. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, klien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x 30 menit. Hari kedua pasien dapat dianjurkan untuk duduk diluar kamar. Hari ketiga dapat diangkat bolehkan untuk pulang.

d. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut (Putri Aysha Firlana Riski, 2022)penatalaksanaan keperawatan pada appendisitis meliputi :

- 1) Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal.
- 2) Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani membedahan mulai jalur intra vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastric (bila ada ileus pralitik), jangan berikan laksatif.
- 3) Setelah operasi, posisikan pasien fowler tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi.

- 4) Jika drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tanda-tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau abses sekunder

## **2.2 Konsep Apendiktomi**

### **2.2.1 Definisi Apendiktomi**

Apendiktomi adalah pengangkatan terhadap apendiks menggunakan prosedur atau pendekatan endoskopi yang dilakukan pada penderita pada usus buntu. Apendiktomi harus dilakukan jika appendisitis diagnosa atau dicurigai

Apendiktomi adalah pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit appendisitis atau menghilangkan atau mengangkat usus buntu yang sudah terinfeksi (Adistyanny, 2024).

### **2.2.2 Etiologi Apendiktomi**

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita appendisitis dikarenakan apendiks mengalami peradangan. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor pencetus penyebab appendisitis. Apendiks yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukannya proses tindakan pembedahan. Penyebab lain yang dapat menimbulkan apendiks yaitu akibat adanya sumbatan lumen apendiks yang disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askari, dan selain itu appendisitis juga bisa terjadi akibat adanya erosi apendiks karena parasit seperti E. Histolytica (Adistyanny, 2024)

### **2.2.3 Indikasi Apendiktomi**

Tindakan apendiktomi diindikasikan bila diagnosa appenditis telah ditegakkan, Sntibiotik dan cairan IV diberikan sampai pembedahan dilakukan. Analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakan. Apendiktomi (pembedahan untuk mengangkat appendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi.

Perforasi adalah pecahnya appendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang tmbul dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5° C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis. Perforasi dapat menyebabkan peritonitis.

Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum dan spinal dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparaskopi, yang merupakan metode terbaru yang efektif.

### **2.2.4 Penatalaksanaan Apendiktomi**

Penatalaksanaan Medis Apendiktomi diantaranya ;

a. Sebelum operasi

- Pemasangan kateter untuk kontrol prouksi urine
- Rehidrasi
- Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi intravena

- Obat-obatan penurun panas, phenergan sebagai anti mengigil, largaktil untuk membuka pembuluh darah perifer diberikan setelah rehidrasi tercapai
- Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anstesi

b. Operasi

- Apendiktomi
- Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami reformasi bebas maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika
- Abses apendiks diobati dengan antibiotik IV, masanya mungkin mengcil atau abses memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari, appendiktomi dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu atau 4 bulan

c. Post operasi

- Observasi TTV
- Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah
- Baringkan pasien dengan posisi semi fowler
- Pasien dikatakan baik apabila 12 jam tidak terjadi gangguan selama pasien dipuaskan
- Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada refortas, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus normal kembali

- Berikan minum 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml/jam. Keesokan harinya berikan makan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak
- Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk tegak di tempat tidur selama 3 x 30 menit
- Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar
- Pada hari ke-7 jahitan pasien dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

Menurut Hartoyo (2022), tujuan keperawatan yang dilakukan yaitu menghilangkan nyeri, mencegah hypovolemia, mencegah infeksi, menurunkan ansietas, dan mempertahankan integritas kulit pasien. Selain itu dapat terdapat beberapa penatalaksanaan keperawatan pada pasien apendiktomi meliputi :

- a. Perawat dapat membaringkan pasien dengan semi fowler
- b. Memberikan teknik relaksasi genggam jari untuk meredakan nyeri pada pasien
- c. Memberikan cairan peroral jika pasien sudah sadar penuh dari anastesi atau sudah dapat mentoleransi
- d. Memberikan diet sesuai yang sudah dikolaborasikan dengan dokter dan ahli gizi
- e. Perawat juga dapat memberikan intervensi non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasca operasi apendiktomi. Teknik

nonfamakologis yang diberikan yaitu salah satu teknik relaksasi genggam jari

### **2.3 Konsep Nyeri**

#### **2.3.1 Pengertian Nyeri**

Nyeri merupakan kondisi diamana berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif perasaan nyeri pada setiap orang berbeda sama hal dengan skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Nyeri akut pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial yang digambarkan sebagai kerusakan (*international Association For The Study of pain*), yang tiba-tiba muncul atau terlambat dari intensitas nyeri hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Keperawatan Medikal Bedah, 2017)

Nyeri adalah suatu kondisi yang kurang memuaskan diakibatkan oleh rangsangan fisik ataupun dari serabut dalam tumbuh ke otak serta dapat diikuti reaksi fisik, emosional maupun psikologi

Nyeri akut pengalaman sensori adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan pinset mendadak atau lambat berintensitas sehingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (DPP PPNI, 2017) .

#### **2.3.2 Klasifikasi Nyeri**

Menurut Andarmoyo, (2018), Klasifikasi nyeri dibagi menjadi :

- a) Berdasarkan durasi

## 1. Nyeri akut

Nyeri akut nyeri yang terjadi akibat dari penyakit atau intervensi pembedahan serta mempunyai intensitas yang bermacam-macam (ringan hingga berat) serta berlangsung dengan waktu yang singkat. Nyeri akut akan berakhir sendiri serta nyeri akut akan hilang sendiri tanpa diberi obat sesudah kondisi membaik pada lokasi jaringan yang terjadi kerusakan.

## 2. Nyeri kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang terjadi menerus sepanjang waktu. Nyeri kronik dapat berlangsung lebih dari 6 bulan dan intensitas bervariasi.

## 3. Respon Nyeri

Menurut Andarmoyo (2018) respon nyeri dibagi menjadi 2 respon yaitu :

- Respon fisiologis nyeri

Respon fisiologis nyeri diduga menjadi indikator nyeri yang tepat dibandingkan perkataan.

Respon fisiologis digunakan untuk alternative informasi verbal nyeri pada klien yang tidak sadar serta tidak gunakan untuk infoemasi verbal.

- Respon perilaku

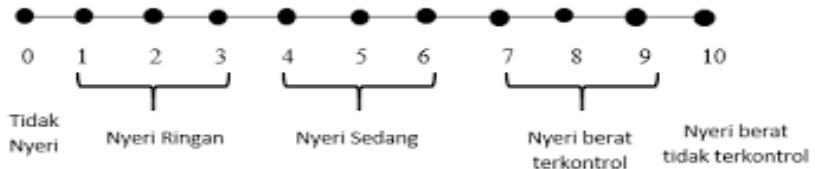
Respon perilaku pada nyeri diperlihatkan seseorang benar-benar bervariasi seperti validasi antara lain mengadu,menangis,dan mendengkur. Ekspresi wajah antara lain meringis, gerakan tubuh antara lain gelisah,interaksi sosial seperti menghindar percakapan dua orang.

### **2.3.3 Pengukuran Skala Nyeri**

Intensitas nyeri adalah laporan mandiri tentang nyeri. Perawat bisa mendapatkan laporan mandiri ini dengan meminta klien untuk mengukur nyeri dengan skala yang ada pada klien. Individu yang mengalami nyeri mungkin mendaapatkan kesulitan untuk berkonsentrasi pada tugas mental dan merasa kesulitan untuk berespons terhadap skala yang harus mereka bayangkan. Di beberapa rumah sakit sangat menguntungkan jika disediakan salinan skala intensitas nyeri ditempat yang dapat dilihat dengan jelas oleh tiap klien,biasanya ditempelkan di dinding sebelah tempat tidur (Dwita, 2023)

*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 2 Numeric Rating Scale (NRS) (Dwita, 2023)

- 1) Skala 1 artinya tidak nyeri
- 2) Skala 2-4 artinya nyeri dengan tingkat ringan dan pasien dapat mentoleransi nyeri
- 3) Skala 5-6 artinya nyeri dengan tingkat sedang dan pasien tampak merintih kesakitan dan tampak memegang lokasi nyeri
- 4) Skala 7-9 artinya nyeri dengan tingkat berat dan pada tingkat ini pasien sudah mengeluh sakut serta nyeri sampai menganggu aktivitasnya
- 5) Skala 10 artinya dengan tingkat sangat berat dan pasien sudah tidak lagi bisa mengontrol rasa nyerinya

#### Data mayor dan minor

Menurut PPNI (2016), nyeri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut :

- 1) Data mayor
  - a. Subjektif

- (1) Mengeluh nyeri
- b. Objektif
  - (1) Tampak meringis
  - (2) Bersikap proyektif (waspada dan menghindari nyeri)
  - (3) Gelisah
  - (4) Frekuensi nadi meningkat
  - (5) Sulit tidur
- 2) Data minor
  - a. Subjektif
    - (Tidak tersedia)
  - b. Objektif
    - (1) Pola nafas berubah
    - (2) Tekanan darah meningkat
    - (3) Nafsu makan berubah
    - (4) Proses berpikir terganggu
    - (5) Menarik diri
    - (6) Berfokus pada diri sendiri
    - (7) Diaphoresis

#### **2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

Menurut (Helci, 2023), ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri :

1. Usia

Usia merupakan faktor terpenting yang mempengaruhi nyeri pada individu, terutama pada bayi yang masih sulit ditangani. Orang tua dengan rasa sakit dan sering banyak rasa sakit.

2. Jenis Kelamin.

3. Makna Nyeri

Bagi seorang individu, pengertian nyeri adalah suatu sensasi yang mempengaruhi pengalaman nyeri dan bagaimana individu tersebut beradaptasi.

4. Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Rasa sakit yang dirasakan biasanya bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan dan berbeda-beda dari setiap orang.

5. Perhatian

Tingkat perhatian individu terhadap rasa nyeri mempengaruhi rasa nyeri.

6. Kecemasan

Ada hubungan yang kompleks antara rasa sakit dan rasa takut dan rasa takut tersebut dapat meningkatkan rasa sakit, tetapi rasa sakit juga dapat menyebabkan rasa sakit.

7. Kelelahan

Kelelahan yang dirasakan seseorang dapat meningkatkan rasa sakit.

8. Pengalaman sebelumnya

Individu yang biasa merasakan nyeri akan lebih siap untuk mengantisipasi nyeri dari individu belum pernah merasakan nyeri.

9. Dukungan keluarga dan sosial

10. Orang dengan rasa sakit pasti membutuhkan dukungan, kehadiran orang terdekat dapat menghilangkan rasa kecemasan.

### **2.3.5 Penatalaksanaan Nyeri**

Menurut PPNI (2016), Penatalaksanaan Nyeri yaitu :

a. Medis

(a) Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Identifikasi keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

(b) Terapeutik

- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- Fasilitasi istirahat dan tidur

- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

(c) Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

(d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Keperawatan

Menurut (Dewi, 2023), Penatalaksanaan nyeri meliputi :

(1) Manajemen nyeri farmakologi

- Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) :  
Obat yang bisa dipakai untuk nyeri tingkat ringan dan sedang, obat ini tidak memiliki efek menimbulkan depresi pernafasan
- Analgesic narkotik atau opioid :  
Obat yang digunakan untuk mengurangi nyeri tingkat sedang sampai berat, biasanya digunakan pasca operasi. Namun efek samping dari obat ini adalah dapat menimbulkan efek sedasi, konstipasi, mual, muntah sampai depresi pernafasan

- Koanalgesik (obat tambahan/adjuvant)

Obat jenis sedatif, anti cemas dan sebagai pelemas otot. Durasi kerja sekitar 6-8 jam.

## (2) Manajemen nyeri nonfarmakologi

- Stimulus masase

Stimulasi yang berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan keyamanan (relaksasi otot) dengan dipusatkan pada bagian punggung tubuh.
- Kompres dingin dan hangat

Berfungsi untuk memperlambat terjadinya inflamasi dan meningkatkan aliran darah sehingga dapat menurunkan skala nyeri dan penyembuhan nyeri.
- Transcutaneus Electric Nerve stimulation (TENS)

Digunakan pada pasien dengan nyeri akut dan nyeri kronis. Cara pemasangannya yaitu dipasang dikulit dengan menghasilkan efek kesemutan, bergetar, berdengung pada area nyeri.
- Teknik distraksi

Teknik pengalihan fokus agar tidak berfokus ke sensasi nyeri yang dirasakannya sehingga nyeri dapat lebih terasa berkurang.
- Teknik relaksasi

Pada teknik ini, instruksikan pasien untuk melakukan tarik napas dalam dan menghembuskan

napas secara teratur. Hal tersebut berguna untuk menurunkan ketegangan otot dan membuat intensitas nyeri lebih berkurang.

- Guide imaginer

Pasien instruksikan untuk menggunakan imajinasi dan dibarengi dengan teknik relaksasi, pasien diarahkan untuk berimajinasi mengenai sesuatu hal yang membuat pasien nyaman sehingga dapat mengalihkan rasa nyerinya

- Terapi musik

Music instrumental memberikan ketenangan pada pasien, terapi music dapat mengalihkan fokus pasien sehingga dapat menurunkan tingkat nyeri yang dialami

- Terapi relaksasi genggam jari

Pasien diarahkan untuk menggenggam jari dengan lembut satu persatu dengan tarikan napas untuk menurunkan rasa nyerinya.

## **2.4 Konsep Teknik Relaksasi Genggam Jari**

### **2.4.1 Pengertian Teknik Relaksasi Genggam Jari**

Teknik relaksasi genggam jari adalah cara sederhana untuk mengendalikan emosi dan kecemasan karena ada saluran tenaga di sepanjang jari-jari yang berhubungan dengan organ dan emosi. Teknik

relaksasi genggam jari menggunakan gelombang energi tubuh dan jari jemari (Zahra, 2024)

Relaksasi genggam jari disebut juga finger hold merupakan suatu terapi relaksasi yang dapat dipakai untuk meredakan nyeri setelah operasi.

#### **2.4.2 Tujuan Teknik Relaksasi Genggam Jari**

Menurut Dewi, (2023) ,tujuan teknik relaksasi genggam jari yaitu :

- a. Menurunkan tingakt kecemasan
- b. Menurunkan intensits nyeri
- c. Mengendalikan emosi
- d. Mengurangi ketegangan otot
- e. Memberikan rasa nyaman
- f. Memberikan rasa damai
- g. Menormalkan detak jantung
- h. Menormalkan tekanan darah

#### **2.4.3 Manfaat Teknik Relaksasi Genggam Jari**

Ada beberapa manfaat teknik relaksasi genggam jari, diantaranya sebagai berikut :

##### **1. Nyeri menjadi turun**

Metode relaksasi genggam jari dapat merespon serabut aferen non-nesiseptor, yang mnghambat dan mengurangu rangsangan nyeri. Menurut teori pengendalian dua pintu,salah satu “pintu gerbang” disaraf thalamus berfungsi untuk mengontrol rangsangan

nyeri dari saraf trigemius. Ini juga menghalangi rangsangan yang mengarah ke kortek serebi, yang mengurangi nyeri.

2. Kecemasan serta depresi menurun
3. Dapat memberikan rasa damai,fokus,dan nyaman
4. Memperbaiki aspek emosi

Disepanjang jari-jari tangan nada aliran tenaga yang berkaitan dengan beberapa organ serta emosi. Titik-titik yang rileks pada tangan dapat memberikan rangsangan otomatis saat menggenggam. Rangsangan tersebut dapat mengirimkan gelombang listrik ke otak. Gelombang tersebut diterima oleh otak dengan cepat dan memasuki saraf organ yang mengalami kerusakan. Metode ini juga dapat membuat tubuh rileks dan mengeluarkan hormon endorfin, yang merupakan analgesik alami, sehingga nyeri berkurang.

#### **2.4.4 Indikasi Dan Kontra Indikasi Teknik Relaksasi Genggam Jari**

1. Indikasi teknik relaksasi genggam jari

Adapun indikasi dari teknik relaksasi genggam jari, diantaranya :

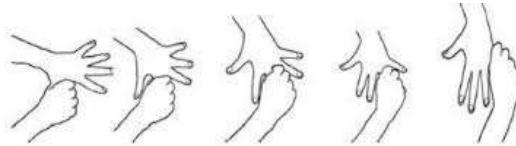
- a. Pasien post operasi 24 jam
- b. Pasien yang mengalami nyeri
- c. Pasien post operasi dengan intensitas nyeri rentan skala nyeri 4-6

2. Kontra indikasi teknik relaksasi genggam jari

Adapun kontra indikasi teknik relaksasi genggam jari, diantaranya :

- a. Pasien yang tidak memiliki jari tangan

- b. Pasien yang terdapat luka pada jari tangan



Gambar 2 3 Teknik relaksasi genggam jari

#### **2.4.5 Mekanisme Relaksasi Genggam Jari**

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dan pada umumnya dilakukan dengan membuat sayatan serta diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Sayatan atau luka yang dihasilkan merupakan suatu trauma bagi penderita dan ini bisa menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Akibat dari prosedur pembedahan pasien akan mengalami gangguan rasa nyaman nyeri ( Perry & Potter 2020) Berdasarkan kategori jenis luka terbagi menjadi 2 yaitu, luka accidental dan luka bedah. Luka accidental adalah cedera yang tidak sengaja. Contohnya seperti kena pisau,luka tembak,luka bakar dengan karakteristik tepi luka bergerigi, berdarah dan tidak steril. Sedangkan luka bedah merupakan terapi yang direncanakan, seperti insisi bedah, needle introduction dengan karakteristik tepi luka bersih,pendarahan terkontrol dikendalikan dengan asepsih bedah. Klasifikasi luka bedah,luka bersih,luka yang sengaja dibuat dan steril,misalnya luka operasi,luka bedah tertutup yang mengenai system gastrointestinal, pernafasan atau system genitourinary,resiko infeksi,bersih terkontaminasi,luka melibatkan system gastrointestinal,pernafasan system genitourinary,resiko infeksi.

Teknik relaksasi yang bisa digunakan dalam penurunan intensitas nyeri adalah teknik relaksasi genggam jari. Untuk mengurangi intensitas nyeri setelah operasi dapat dilakukan teknik relaksasi genggam jari dimana sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi dalam tubuh. Menggenggam jari sambil mengatur nafas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 2-5 menit, jari bisa digenggam untuk membawa rasa damai, fokus dan nyaman sehingga dapat menghadapi keadaan dengan perasaan lebih tenang. Titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Mekanisme dari relaksasi genggam jari ini adalah menggenggam jari sambil menarik nafas dalam dalam (relaksasi) sehingga dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (energi channel) yang terletak pada jari tangan kita

#### **2.4.6 Kelebihan dan Kekurangan Teknik Relaksasi Genggam Jari**

Kelebihan teknik relaksasi genggam jari yakni tidak sulit dilakukan kapan pun dan oleh siapa saja. Latihan ini bisa dilaksanakan sendiri dan mempermudah kehidupan sehari-hari dalam merileksasikan ketegangan fisik.(Pramesti et al., 2023)

Kekurangan teknik relaksasi genggam jari yaitu klien yang mengalami luka di daerah telapak tangan dan telapak kaki tidak diperbolehkan untuk diberikan terapi.(Perwira Kusuma et al., 2024)

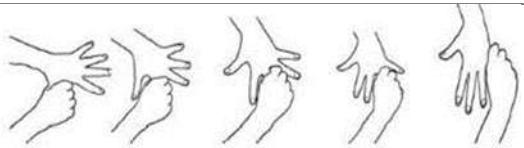
#### **2.4.7 Waktu dan Durasi Teknik Relaksasi Genggam Jari**

Waktu yang diperlukan untuk menerapkan teknik relaksasi genggam jari adalah 2kali/hari. Dengan durasi pemberian terapi 2-3 menit per langkah. Sehingga untuk melakukan teknik ini dalam 2kali/hari bisa membutuhkan waktu  $\leq 20$  menit/harinya. Teknik ini dapat dilakukan setelah kegawatan pasien hilang.

#### 2.4.8 Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Genggam jari

Tabel 2 1 Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)</b> <b>PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGHAM JARI</b> <b>PADA ASUHAN KEPERAWATAN POST OPERASI</b> <b>APENDIKTOMI</b>	
Definisi	Sebuah teknik yang sederhana dan mudah di lakukan oleh siapapun untuk mengurangi intensitas nyeri pasca pembedahan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi nyeri,takut,dan cemas.</li> <li>2. Mengurangi perasaan panik, khawatir, dan terancam.</li> <li>3. Memberikan perasaan nyaman pada tubuh.</li> <li>4. Menenangkan pikiran dan dapat engontrol emosi.</li> </ol>
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tempat tidur atau kursi dengan sandaran</li> <li>2. Sarung tangan (jika perlu)</li> <li>3. Alat tulis</li> <li>4. Alat untuk mengukur skala nyeri</li> </ol>
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien post operasi 24 jam</li> <li>2. Pasien yang mengalami nyeri</li> <li>3. Pasien post operasi dengan nyeri akut rentan skala nyeri 4-6</li> </ol>
Kontra indikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang tidak memiliki jari tangan</li> <li>2. Pasien yang memiliki luka pada jari tangan</li> </ol>
Prosedur Pelaksanaan	
Tahap Pra-Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca status klien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> </ol>
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam terapeutik.</li> <li>2. Memperkenalkan diri.</li> <li>3. Validasi kondisi klien.</li> <li>4. Kaji skala nyeri klien,TTV, sebelum diberikan tindakan</li> <li>5. Menjaga privasi klien.</li> <li>6. Menjelaskan tujuan,prosedur,dan kontrak waktu.</li> </ol>
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meminta pasien duduk atau berbaring dengan tenang.</li> <li>2. Menanyakan skala nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>3. Meminta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot.</li> </ol>



4. Meminta pasien Pegang jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit,bisa menggunakan tangan mana saja
5. Meminta pasien Pegang jari telunjuk selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja
6. Meminta pasien Pegang jari tengah selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja
7. Meminta pasien Pegang jari manis selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja
8. Meminta pasien Pegang jari kelingking selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja
9. menganjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut
10. Meminta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur
11. Menganjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan
12. Meminta pasien untuk menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang menganggu pikiran dan bayangan emosi yang menganggu tersebut keluar dari pikiran
13. Memotivasi pasien untuk mempraktikan kembali teknik relaksasi genggam jari
14. Mengkaji skala nyeri dan TTV setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari

Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi hasil : Kemampuan pasien melakukan teknik ini</li><li>2. Tindak lanjut : menjadwalkan latihan teknik relaksasi genggam jari</li><li>3. Kontrak : topik,waktu,tempat selanjutnya</li></ol>
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan</li><li>2. Mencatat respon pasien setelah diberikan tindakan</li><li>3. Tuliskan nama dan paraf perawat</li></ol>

Sumber : (Zahra, 2024)

## **2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Apendiktomi**

### **2.5.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah tahap awal dasar dalam proses keperawatan dan merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya yang berasal dari berbagai sumber data.

Adapun pengkajian fokus pada klien pasca operasi apendiktomi menurut Saputro (2018) antara lain :

1. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, no rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, pekerjaan, pendidikan, agama.

2. Identitas penanggung jawab

Nama ayah dan ibu atau penanggung jawab, usia pendidikan, pekerjaan, sumber penghasilan, agama, alamat

4. Keluhan Utama

Alasan utama mengapa klien mencari pertolongan pada tenaga professional

5. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian.

## 6. Riwayat kesehatan dahulu

Berisi pengalaman kesehatan dahulu, apakah memberi pengaruh kepada penyakit apendisitis yang diderita sekarang serta apakah mengalami pembedahan sebelumnya.

## 7. Riwayat kesehatan keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien menderita penyakit apendisitis, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

## 8. Riwayat psikososial

### a. Pola Persepsi dan Penanganan Penyakit

Pada pasien post operasi apendiktomi biasanya timbul kecemasan akan kondisinya saat ini dan luka bekas operasinya

### b. Pola Peran dan Hubungan

Pasien post operasi apendiktomi biasanya tidak mengalami gangguan dalam peran dan hubungan sosial, akan tetapi harus dibandingkan peran dan hubungan pasien sebelum sakit dan saat sakit

### c. Pola Nilai dan Keyakinan

Pada umumnya pasien yang menjalani akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam beribadah. Perlu dikaji keyakinan pasien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

## 9. Keadaan umum dan tanda-tanda vital

### 1. Pemeriksaan Fisik Persistem

Adapun pemeriksaan yang dilakukan pada kasus apendiktomi (Kusuma, 2023) :

#### (a) Sistem Pernafasan

Klien post operasi apendiktomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (Takipneu) serta pernafasan dangkal, sesua rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

#### (b) Sistem Kardiovaskular

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stress dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

#### (c) Sistem Pencernaan

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Klien post operasi apendiktomi biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awal post operasi dan penurunan bising usus. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi.

#### (d) Sistem Genitourinaria

Awalnya post operasi klien mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post operasi apendiktomi. Output urine akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

(e) Sistem Endokrin

Klien post operasi apendiktomi tidak mengalami kelainan endokrin. Akan tetapi akan tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (titoid dan lain-lain)

(f) Sistem Persyarafan

Mengkaji tingkah kesadaran klien, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada klien post operasi apendiktomi klien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan.

1) Tes Fungsi Serebral

- Glasgow Coma Scale (GCS): Menilai tingkat kesadaran berdasarkan respon mata, verbal, dan motorik.
- Pemeriksaan status mental: Evaluasi orientasi, memori, dan fungsi kognitif lainnya.

2) Tes Fungsi Saraf Kranialis

- Tes I (Olfaktorius) : Uji penciuman dengan bau yang familiar

- Tes II (Optikus): Uji ketajaman penglihatan dan lapang pandang
- Tes III, IV, VI (Okulomotor, Trochlear, Abducent): Periksa gerakan bola mata dan respon pupil terhadap cahaya
- Tes V (Trigeminal): Uji sensasi wajah dan kekuatan otot pengunyah
- Tes VII (Fasialis): Periksa ekspresi wajah dan kemampuan menutup mata
- Tes VIII (Vestibulokoklear): Uji pendengaran dan keseimbangan
- Tes IX dan X (Glosofaringeus dan Vagus) : Periksa palatum dan refleks menelan
- Tes XI (Aksesorius) : Periksa kekuatan otot trapezius dan sternokleidomastoideus
- Tes XII (Hipoglosus) : Periksa gerakan lidah dan kekuatan otot

(g) Sistem Integumen

Tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

(h) Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekakuan. Kekuatan otot

berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

(i) Sistem Pendengaran

Pengkajian yang dilakukan meliputi: bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

2. Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Makan :

- Sebelum : Sering mengkonsumsi makanan yang kurang serat seperti sayuran dan buah-buahan, makanan pedah
- Sesudah : Nafsu makan menurun dan porsi makan menjadi kurang

Minum :

- Sebelum operasi : sering mengkonsumsi minuman kemasan dan jarang minum air putih
- Sesudah operasi : tidak ada keluhan

b) Pola Eliminasi

- BAB : Kadang terjadi konstipasi pada awal post operasi
- BAK : Pada pasien post operasi apendiktomi mengalami penurunan haluanan/ output urine.

c) Pola Istirahat dan Tidur

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

d) Pola Aktivitas

Biasnya pasien post operasi apendiktomi mengalami kelemahan.

e) Personal Hygiene

Upaya untuk menjaga kebersihan cenderung kurang.

### 3. Data Penunjang

(1) Pemeriksaan Laboratorium : Di lihat dari kenaikan leukosit 10.000-18.000/mm<sup>3</sup>, bila lenih maka sudah terjadi perforasi. Normalnya tidak terjadinya peningkatan leukosit melebihi batas normal. Selain itu, untuk normalnya neutrophil diatas angka 75%

(2) Pemeriksaan USG Normal : Tidak tampak ada peradangan pada bagian Mc. Burney. Tidak ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendiks

(3) Pemeriksaan CT-Scan Normal : Tidak ditemukan bagian yang menyilang pada fecalith dan perluasan dari appendiks yang mengalami imlamasi serta adanya pelebaran sekum.

(4) Foto polos Normal : Tidak tampak ada kelainan pada organ.

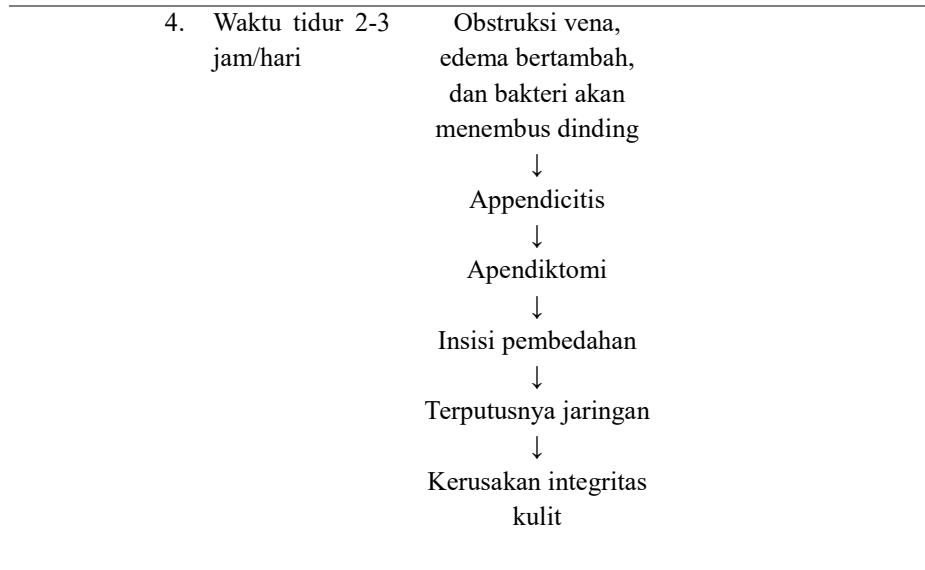
## 2.5.2 Analisa Data

Analisa data adalah metode yang dilakukan perawat untuk mengaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien

Tabel 2.2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : Do : 1. Tampak meringis 2. Tekanan darah meningkat 3. Pola nafsu makan berubah 4. Sulit tidur 5. Kaji skala nyeri	Infeksi kuman dari colon (E.Coli) ↓ Bemdungan mukus di apendiks ↓ Peningkatan tekanan intra abdomen ↓ Obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding ↓ Appendicitis ↓ Apendiktomi ↓ Inisisi pembedahan ↓ Saraf perifer terangsang ↓ Nyeri ↓ Nyeri akut	Nyeri akut D.00077
2.	Ds : Do : 1. Terlihat luka operasi di	Infeksi kuman dari colon (E.Coli) ↓ Bemdungan mukus di apendiks	Resiko infeksi D.0022

		abdomen kanan bawah	↓ Peningkatan tekanan intra abdomen	
2.	Tampak kemerahannya di area luka operasi		↓ Obstruksi vena,	
3.	Leukosit meningkat		edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding	
			↓ Appendicitis	
			↓ Apendiktonomi	
			↓ Inisisi pembedahan	
			↓ Terputusnya jaringan	
			↓ Post de entry	
			↓ Resiko infeksi	
3.	Ds : Do :	1. Klien tampak lemah 2. Kekuatan otot menurun, rentang ROM menurun 3. Gerakan terbatas semidi kaku	Infeksi kuman dari colon (E.Coli) Bemdungan mukus di apendiks Peningkatan tekanan intra abdomen Obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding	Resiko defisit nutrisi
			↓ Appendicitis	
			↓ Apendiktonomi	
			↓ Mual muntah	
			↓ Resiko defisit nutrisi	
4.	Ds : Do :	1. Klien tampak pucat 2. Klien tampak lesu 3. Kantong mata kehitaman	Infeksi kuman dari colon (E.Coli) Bemdungan mukus di apendiks Peningkatan tekanan intra abdomen	Gangguan integritas kulit
			↓	



### **2.5.3 Diagnosa Keperawatan**

Menurut SDKI diagnosa keperawatan yang mungkin muncul antara lain :

1. Post operasi
  - a. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi post operasi apendiktoni)
  - b. Resiko Infeksi berhubungan dengan tindakan invasif post pembedahan
  - c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
  - d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (luka post op apendiktoni)

## 2.5.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome yang diharapkan (DPP PPNI, 2018a) respon terhadap intervensi keperawatan dan komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan pada klien dengan apendisitis

No	Diagnosa (SDKI)	Tinjauan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SLKI)
1.	D.00077 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (Prosedur operasi)	L.080636 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah menbaik 7. Nafsu makan menbaik 8. Pola tidur menbaik	<p><b>I.01014</b> <b>Manajemen nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, durasi</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri</li> <li>Monitor keberhasila terapi komplementasi hidup</li> <li>Monitor efek samping penggunaan analgesic</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Misalnya TENS, hypnosis, akupresure, terapi pijat, terapi imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), <b>terapi relaksasi genggam jari</b></li> <li>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suu ruangan, pencahayaan, kebisingan</li> <li>Fasilitas istirahat dan tidur</li> <li>Pertimbngkan jenis dan sumber nyeri pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesic secara cepat tepat</li> <li>5. Anjurkan teknik non farmakologis seperti <b>terapi relaksasi genggam jari</b> untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>
			<b>Kolaborasi</b>
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesic jika perlu</li> </ol>
2.	D.0022	L.03020	<p>I.03114 Perawatan luka</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis. Warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepas balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut di sekitar luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau membersihkan nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan</li> <li>5. Luka jadwalkan perubahan posisi tetap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>6. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kg/hari dan protein 1,25454-1.5 g/kg/bb/hari</li> <li>7. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, Vitamin B, vitamin C, zink, asam ammonia) sesuai kebutuhan indikasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga</li> <li>2. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan</li> </ol>

3.	D.0032	L.05047	I.05178
	Resiko defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan  Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme membaik  Ekspetasi :  1. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 2. Pengetahuan tentang pemilihan minuman yang sehat meningkat 3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 4. Nyeri abdomen menurun 5. Bising usus membaik	<p>Manajemen Gangguan makan</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kenyamanan kalori</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Timbang berat badan secara rutin</li> <li>Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai</li> <li>Lakukan kontrak perilaku (mis.target berat badan,tangguang jawab perilaku)</li> <li>Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memungkinkan kembali makanan</li> <li>Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku</li> <li>Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak</li> <li>Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis.medis,konseling)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. Pengeluaran yang disengaja,muntah,aktivitas berlebihan)</li> <li>Ajarkan pengaturan diet yang tepat</li> <li>Ajarkan keterampilan coping untuk menyesuaikan masalah perilaku makan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan,kebutuhan kalori dan pemilihan makanan</li> </ol>
4.	D.0192	L.14125	I.11353
	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> </ol>

(pada luka post op apendiktomi)	Integritas kulit dan jaringan meningkat	(mis.perubahan sirkulasi,perubahan status nutrisi,penurunan kelembapan suhu lingkungan,ekstrim penurunan mobilitas)
	1. Perfusi jaringan meningkat	
	2. Kerusakan jaringan menurun	
	3. Kerusakan lapisan kulit menurun	
	4. Kemerahan menurun	
	5. Perdarahan menurun	
		<b>Terapeutik</b>
		1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
		2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang jika perlu
		3. Bersih perineal dengan air hangat terutama selama periode diare
		4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
		5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
		6. Hindari prosuk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
		<b>Edukasi</b>
		1. Anjurkan menggunakan pelembab (Mis, lotion serum)
		2. Anjurkan minum air yang cukup
		3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
		4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
		5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
		6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
		7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Sumber : (DPP PPNI, 2017, 2018a, 2018b)

### 2.5.5 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah intervensi disusun dan ditunjukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan.

Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang telah disusun pada tahap perencanaan dan mengakhiri tahap implementasi dengan mendokumentasikan tindakan keperawatan serta respons klien terhadap tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (DPP PPNI, 2018a)

Adapun implementasi pada pasien post operasi apendiktomi untuk mengontrol dan menurunkan intensitas nyeri salah satunya dengan cara terapi relaksasi genggam jari yang dilakukan selama 3 hari dengan waktu 10 menit dengan frekuensi pemberian terapi 1 kali/hari.

### **2.5.6 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap menentukan apakah tujuan tercapai

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- a. (Data subjektif), S data berdasarkan keluhan yang di rasakan pasien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan

- b. (Data objektif), O data berdasarkan keadaan pasien yang dilihat oleh perawat
- c. (Analisa), A setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian analisis oleh perawat meliputi masalah taratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesui 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 belum menunjukan perkembangan kesehatan dan sekali tidak menunjukan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku arau bahkan muncul masalah baru)
- d. (Planning), P setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya
  - 1) Perencanaan keperawatan yang akan anda lanjutkan, ada hentikan, anda modifikasi, atau anda tambahkan dari rencanatindkan keperawatan
  - 2) Tindakan yang telah menunjukan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang umumnya dihentikan
  - 3) Tindakan yang perlu dilakukan adalah tindakan kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan mmbutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilan. Tindakan yang perlu

dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien (Budiono, 2020)

Adapun dari hasil evaluasi penelitian dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intensitas nyeri pada asuhan keperawatan pasien post operasi appendiktomi. Ini dapat membantu proses penyembuhan pada pasien post operasi appendiktomi dalam menurunkan intensitas nyeri selain itu pasien dan keluarga dapat mengetahui teknik relaksasi genggam jari serta manfaatnya dan bisa mempraktekkan teknik ini dirumah.