

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Appendisitis

2.1.1 Definisi Appendisitis

Appendiks merupakan ujung serupa jari kecil panjangnya kira-kira 10 centimeter 94 inci, menempel pada sektum pas dibawah katup ileosektal. Appendiks berisi makanan serta mengosongkan diri secara tertatur kedalam sektum. Sebab pengosongannya tidak efisien dan lumayan kecil, appendiks cenderung menjadi tersumbat serta rentan terhadap peradangan (Ratu & Adwan, 2018). Appendisitis merupakan sebuah kasus kegawatdaruratan bedah ambdomen yang paling sering terjadi. Appendiks ini adanya suatu peradangan yang terjadi pada appendiks veriformis. Serta pemicu abdomen kronis yang sangat kerap (Wijaya & Putri, 2019).

Appendiksitis merupakan peradangan dari appendiks serta pemicu penyakit didaerah abdomen akut yang paling sering terjadi. Pengidai ini bisa menimpa seluruh usia baik pria maupun wanita, namun lenih kerap menyerang pada pria usia 10 hingga 30 tahun (Librianty, 2018).

2.1.2 Klasifikasi

Berdasarkan teori (Nuarif & Kusuma, 2018). Ktegorisasi apendisitis diurutkan menjadi 3 yaitu :

1. Apendisitis akut merupakan pemicu paling generik dalam kuadran bawah kanan perut yg diakibatkan oleh kuman. Sebab yang paling generik inflamasi akut pada kuadran bawah dasar perut yang diakibatkan oleh bakteri. Bagian aktivis diakibatkan dengan penyumbat lumen apendiks, serta pula erosi mukosa apendiks sebab disebabkan parasit (*E. Histolytica*).
2. Apendiks rekurens ialah bila terdapat kejadian nyeri kesekian diabdomen kanan bawah. Kelaian ini terjalin apabila berbuan apendistis kronis awal kali sembuh otomatis. Tetapi apendisitis tidak pernah kembali kebentuk aslinya sebab terjalin fibrosis serta jaringan parut.
3. Apendisitis kronis mempunyai seluruh indikasi riwayat nyeri abdomen kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendik secara makroskopik serta mikroskopik (fibrosis merata di bilik apendiks, penyumbatan parsial ataupun lumen apendiks dan adanya jaringan parut ulkus lama dimukosa serta infiltrasi sel inflamasi kronik), serta keluhan menghilang setelah apendiktomi.

2.1.3 Etiologi

Penyebab terjadinya apendiksitis menurut (Wijaya &Putri, 2018) disebabkan oleh beberapa factor sebagai berikut:

1. Benjolan pada dasar kulit
2. Hambatan pada kolon oleh distensi)
3. Pemberian barium
4. Berbagai macam penyakit cacing
5. Tumor
6. Struktur karena fibrosa pada dinding usus

Pemicu lain dari appendisitis kronis terdapat sebagian faktor yang memudahkan terbentuknya radang apendiks, antara lain selaku berikut

1. Faktor sumbatan

Faktor obstruksi ialah faktor yang terutama terbentuknya appendisitis 90% yang diiringi oleh factor peradangan. Dekat 60% obstruksi diakibatkan oleh hiperplasia jaringan sub mukosa, 35% sebab statis 4% sebab babenda asing serta karena yang lain 1% antara lain penyumbat oleh parasit serta cacing. Hambatan yang diakibatkan oleh distensi bisa ditemui pada beragam appendisitis kronis. Antara lain 65% pada permasalahan appendisitis kronis ganggrenosa tanpa ruptur serta 90% pada permasalahan appendisitis kronis dengan ruptur.

2. Faktor Bakteri

Peradangan bakteri ialah pathogenesis primer pada appendisitis kronis. Terdapatnya fekolith dalam lumen apendiks yang sudah terinfeksi memperparah serta memperberat, sebab terjalin kenaikan stagnasi fase dalam lumen apendiks. Pada kulture didapatkan paling banyak ditemui merupakan campuran antara *Bacteroides fragilis* serta *E. Coli* menudian *Spalanchkus*, *Lactobacillus*, *Pseudomonas*, *Bacteriosdes*

splanicus. Sebaliknya bakteri yang menimbulkan perforasi merupakan bakteri anaerob sebesar 96% serta aerob lebih dari 10%.

3. Kecenderungan familial

Perihal ini diperetemukan oleh adanya pertumbuhan yang abnormal penurunan secara geneik dari organ, appendisitis yang panjang, pembentukan pembuluh darah penuh yang tidak baik serta posisinya paling utama dengan diet rendah serat bisa mempermudah terbentuknya fekolith serta menyebabkan obtruksi lumen

4. Factor ras dan diet

Faktor populasi berhubungan dengan kerumitan serta bentuk makan sehari-hari. Bangsa kulit putih yang tadinya pola makan rendah serat memiliki efek lebih besar dari Negeri yang pola maknnya banyak serat. Tetapi dikala saat ini kejadiannya kebalik. Bangsa kulit putih sudah merubah pola makan mereka ke pol makan yang rendah serat, mempunyai efek appendiks yang lebih besar (Ratu & Adwan, 2017).

2.1.4 Anatomi Fisiologi sistem pencernaan

1. Mulut

Mulut juga merupakan rongga oral. Makanan dimasukkan ke dalam tubuh melalui mulut. Tempat pencernaan di mulai. Hal ini disebut

dengan fase sefalik pencernaan. Di mulut, gigi memotong, mencacah, dan menggiling makanan sehingga partikel makanan menjadi lebih kecil dan permukaannya lebih dapat terpajan dengan kerja getah dan enzim pencernaan. Fungsi pencernaan utama mulut adalah menerima makanan melalui ingesti (memasukkan), untuk menyiapkan makanan untuk pencernaan dan untuk memulai pencernaan zat tepung

2. Faring

Faring merupakan saluran yang panjangnya sekitar 5 inci (12,7 cm) yang digunakan untuk makanan dan udara. Area faring diberikan nama berdasarkan letak. Nasofaring yang terletak dibelakang rongga hidung. Dilapisi oleh epitel silindris bertingkat semu bersilia. Orofaring terletak dibelakang rongga oral (mulut) dan dilapisi oleh epitel skuamosa bertingkat. Laringofaring (hipfaring) memiliki lapisan yang sama dan terletak tepat dibawah epiglottis. Pada area ini saluran nafas dan saluran cerna terbagi (laring terletak langsung didepan faring dan merupakan struktur jalan masuk udara ke paru). Karena laring dan faring berdekatan, mekanisme khusus epiglottis mencegah aspirasi makanan dan cairan ke dalam paru ketika seseorang menelan. Katup jaringan ini turun untuk menutup laring dan trakea (batang tenggorokkan) selama menelan (makanan memiliki hak mendahului udara pada saat menelan). Di mulut lidah mengangkat dan memindahkan bolus makanan mencampurnya dengan saliva. Proses menelan makanan diawal bersifat volenter. Lidah mendorong bolus ke faring, tempat pergerakan makanan menjadi involunter (disini pusat

menelan dan di medulla mengambil alih). Kontraksi faring mendorong makanan ke dalam esophagus muscular, Seluruh saluran cerna termasuk faring dilapisi dengan membrane mukosa. Otot polos involunter mengirimkan makanan keseluruh saluran GI dengan gelombang kontraksi yang disebut peristaltic yaitu gerakan relaksasi dan kontraksi otot secara bergantian. Aktivitas ini melibatkan dua lapisan otot polos (involunter).Lapisan luar otot esophagus terdapat dalam posisi naik dan turun (longitudinal), lapisan bagian dalam terletak pada lingkaran konsentris, pencernaan tidak dapat terjadi tanpa peristaltik.

3. Esophagus (kerongkongan)

Esophagus atau kerongkongan memiliki panjang sekitar 10 inci (25,4 cm), memanjang dari faring ke leher ke thorak dan melalui lubang diafragma, menuju lambung. Ini adalah sfingter kardik atau sfingter esophagus bawah(lower esophagus spincter) yang terkadang disebut dengan sfingter gasstroesophagus, sfingter ini menjaga lubang lambung dengan mencegah makanan agar tidak mengalir kembali ke esophagus. Gelombang peristaltik mendorong makanan melalui esophagus bawah, LES membuka (memungkinkan makanan masuk) dan menutup (menyimpan makanan di dalam lambung) (Rosdahl &Kowalski, 2018)

4. Lambung

Lambung merupakan bagian dari saluran cerna yang dapat berkembang paling banyak terutama didaerah epigester , lambung

terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui ofisium pilorik, terletak dibawah diafragma didepan pancreas dan limfa, menempel disebelah kiri fundus uteri, bagian dari fundus uteri terdiri dari fundus ventrikuli bagian yang menonjol keatas, korpus ventrikuli, antrum pylorus dan ada bagian yang disebut kurvatura minor. Dilambung semua makanan akan bercampur dengan mucus dan asam lambung. Dan juga pepsin dan enzim pencernaan lainnya sekitar 2,8 l perhari. Zat ini diaduk hingga makanan menjadi berbentuk seperti susu. Semi cair yang disebut kimus. Proses ini biasanya berlangsung 3-5 jam. (sel parietal lambung juga menyekresi factor intrinsic yang memungkinkan tubuh mengabsorpsi vitamin B1. Peristaltik otot lambung memindahkan makanan ke arah saluan pylorus. Sfingter kemudian relaksasi untuk memfasilitasi gelombang peristaltic menyemburkan makanan dalam jumlah kecil ke dalam usus halus. (meskipun sebagian besar zat gizi mengalir dalam bentuk kimus ke dalam usus halus, beberapa molekul kecil seperti alcohol langsung diabsorpsi ke dalam aliran darah dari lambung. Jika lambung mengalami iritasi atau terlalu penuh, terkadang arah gelombang peristaltic menjadi terbalik dan mendorong zat kembali ke ujung bawah esophagus. Peristaltik balik dalam lambung, disertai kontraksi otot abdomen dan diafragma, mendorong makanan kembali ke esophagus dan keluar melalui mulut, yang dikenal sebagai muntah.

5. Usus Halus

Fase intestinal pencernaan dimulai dengan usus halus. Usus halus merupakan bagian terpanjang saluran cerna dengan panjang sekitar 6,1 m dan diameter 3,81 cm. Usus berada dalam posisi melengkung sehingga muat berada dalam rongga abdomen. Usus halus sekitar 5,5 meter lebih panjang daripada usus besar, yang merupakan sambungan usus halus. Area usus halus adalah duodenum, yeyenum (bagian tengah) dan ileum (bagian akhir). Elemen makanan bergerak melalui area usus halus ini seraya diubah oleh beragam seresi dan enzim. Usus halus terdiri atas lapisan jaringan yang sama seperti lambung, dengan pengecualian otot oblik. Otot polos (involunter) longitudinal dan sirkular bekerja antagonis, ketika salah satu kontraksi otot yang lain relaksasi. Kontraksi menyerupai gelombang pada otot sirkular menyempitkan lumen usus, mendorong makanan ke depan. Ketika otot longitudinal kontraksi, otot sirkular relaksasi, meningkatkan ukuran lumen dan memungkinkan makanan masuk. Gelombang ritmik tersebut terdapat dalam peristaltic usus. Kebanyakan proses pencernaan terjadi di usus halus, kelenjar usus halus di membrane mukosa yang melapisi usus halus menyekresi enzim untuk mencerna semua makanan. Enzim usus ini merupakan protein yang bekerja sebagai katalis, meningkatkan dan mempercepat reaksi kimia, tetapi sebenarnya enzim ini tidak mengalami perubahan. Enzim ini mengurai karbohidrat, protein, dan lemak menjadi bahan yang dapat digunakan oleh sel. Agar dapat diabsorpsi oleh pembuluh darah dan limfe, karbohidrat harus berada dalam bentuk gula “sederhana”

monosakarida : glukosa,fruktosa dan galaktosa.Protein harus dicerna menjadi zat yang paling sederhana yaitu asam amino, lemak harus diubah menjadi asam lemak dan gliserol. Usus halus memiliki sejumlah sekresi tidak hanya enzim.Mucus melubrikasi dan melindungi lapisan dinding usus dari kimus yang sangat asam dan dari enzim pencernaan.Kolesistokinin adalah hormone yang disekresi yang menstimulasi pancreas untuk mensekresi getah pancreas dan menstimulasi kandung empedu untuk kontraksi, menyebabkan pelepasan empedu.

6. Duodenum

Bagian pertama usus halus adalah duodenum yang berukuran 10 hingga 12 inci berbentuk huruf C, dinding duodenum berisi sel khusus dan kelenjar khusus yang dirancang untuk menyekresi mucus yang membantu melindungi usus halus dari kimus yang asam. Saat kimus masuk ke dalam duodenum lebih banyak getah pencernaan yang ditambahkan.Empedu, cairan coklat kehijauan yang dihasilkan oleh hati dan disimpan dikandung empedu, mengalir melalui duktus biliaris komunis untuk mengemulsi lemak dalam rangka persiapan untuk kerja pencernaan yang lebih lanjut.

7. Yeyenum dan Ileum

Kimus mengalir maelalui bagian usus halus yang tersisa, yaitu yeyenum panjangnya sekitar 2,4 meter. Dan ileum terminal panjangnya sekitar 3,3 meter. Kata yeyenum berasal dari kata latin yang berarti usus yang puasa. Bagian usus ini dinamakan seperti itu

karena, ketika dipotong hamper selalu kosong. Kata ileum baerate inguinal atau selangkangan, seluruh usus halus dilapisi dengan membrane mukosa. Banyak nodul limfe berada di ileum, baik sendiri-sendiri maupun berkelompok, nodus limfe yang berkelompok disebut folikel limfatik agreat atau bercak payer (Bunker&Kowalski, 2018). Otot yang menyerupai sfingter yang terletak ditempat sambungan antara usus halus dan usus besar, bekerja seperti katup untuk mencegah aliran balik zat ke usus halus, otot ini juga mengatur aliran ke depan. Otot ini adalah katup ileosekal, dari nama dua bagian yang bergabung yaitu ileum usus halus dan sekum usus besar (Rosdahl & Kowalski, 2018).

8. Usus besar

Usus besar seperti saluran GI lain, dilapisi oleh membrane mukosa. Usus besar lebih lebar daripada usus halus. Diameternya sekitar 6,35cm, tetapi panjangnya hanya sekitar 1,5 m. Usus besar tidak bergelung tetapi terletak dalam liputan dan dibagi menjadi area yang disebut sekum, kolon, dan rectum. Reabsorpsi air merupakan fungsi utama usus besar. Bakteri usus berfungsi menghambat pertumbuhan pathogen di usus besar dan beberapa bakteri memproduksi vitamin K, yang diperlakukan untuk pembekuan darah. Absorpsi vitamin dan mineral serta pembentukan dan defekasi (pengeluaran) feses juga merupakan fungsi usus besar (Rosdahl & Kowalski, 2018).

9. Rectum dan anus

Rectum memiliki panjang sekitar 12,7 cm dan berakhir di saluran anus, bagian terminal (ujung) usus besar yang memiliki panjang sekitar 2,54-3,8 cm, produk sampah disekresi (egesti) melalui lubang ke arah luar (anus) yang dijaga oleh otot sfingter internal dan eksternal berada dalam kendali individu dan dapat secara volunteer (disadari) kontraksi dan relaksasi

2.1.5 Patofisiologi

Appendiksitis umumnya diakibatkan oleh penyumbatan lumen appendiks hyperlasia kantung cairan limfoid, feklait, benda asing serta struktur sebab fikosis akibat peradangan tadinya ataupun neoplasma. Hambatan tersebut menimbulkan mucus diproduksi mukosa mengalami elastisitas dinding appendiks memiliki keterbatasan sehingga menimbulkan peningkatan tekanan intralumen, tekanan yang meningkat tersebut hendak membatasi aliran limfe yang menyebabkan edema.

Seluruh proses diatas hendak berjalan lamban, omentum serta usus yang bersebelahan hendak bergerak kearah apendiks shingga mencuat sesuatu masa lokal yang diucap infiltrate apendukularis, peradangan apendiks tersebut bisa jadi abses ataupun menghilang. Anak-anak sebab omentum lebih pendek serta apendiks lebih panjang, bilik apendiks lebih tipis, kondisi tersebut ditambah dengan energi tahan badan yang masih kurang mempermudah terbentuknya perforasi, sebaliknya pada orang tua perforasi gampang tejalin sebab sudah terdapat kendala pembuluh darah (Mansjoer, 2016 (dalam Wijaya & Putri, 2016).

Appendiks yang terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat ataupun tersumbat mungkin oleh fekolith ataupun benda asing. Proses inflamasi meningkatkan tekanan intralumen menyebabkan nyeri hebat pada abdomen secara progresif, dalam kuandran kanan bawah dari abdomen. Akhirnya appendiks yang terinflamasi berisikan pus. Pada klien appendiksitis yang sudah mengalami perforasi ataupun inflamasi pada organ appendiks klien tersebut memiliki terapi sebagaimana untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit. Untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami Adanya tindakan operasi tersebut dapat menimbulkan adanya masalah seperti halnya nyeri akut, gangguan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik, resiko infeksi pada luka bedah post operasi appendektomi dan adanya masalah resiko berkurangnya volume cairan.

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut (Wijaya & Putri, 2017) tanda awal dari appendiksitis adalah nyeri epigastrium/region umbilicus disertai mual anoreksia. epigastrium/region umbilicus disertai mual anoreksia.

Klasifikasi nyeri:

1. Nyeri pindah kekanan bawah (yang hendak mentap serta diperberat apabila berjalan ataupun batuk) serta menampilkan ciri rangsangan peritenum lokal dititik : nyeri tekan, nyeri lepas dan defans muscular.

2. Nyeri rangsangan periteneum tidak langsung
3. Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan (*rovsing sign*)
4. Nyeri kanan kuadran bila tekanan disebelah kiri dilepas (Blumberg) nyeri kanan bawah bila periteneum bergerak seperti nafas dalam, berjalan , batuk, serta mengedan.
5. Nafsu makan menurun
6. Demam yang tidak terlalu tinggi
7. Biasanya terdapat konstipasi, tetapi kadangkala terjadi diare. Nafsu makan menurun

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Didapatkan sel darah putih 10.000/ serta 18.000 milimeter, kadangkala dengan perpindahan ke kiri leukosit lebih dari empat jam mencurigakan perporasi sehingga diduga bahwa tingginya leukosit sebanding dengan peradangan (Wijaya & Putri, 2017).

2. Radiologi

Pemeriksaan radiologi akan menguntungkan pada kasus atipikal. Pada 55% kasus appendiks stadium awal didapatkan representasi foto polos abdomen yang berlebih, representasi yang lebih spesifik adanya masa jaringan luka diperut kanan bawah dan mengandung gelembung udara. Selain itu gambaran radiologis yang didapatkan adanya fekalit, pemeriksaan barium enema dapat juga dioakai pada kasu-kasu

tertentu cara ini sangat untung dalam menemukan lokasi sakum pada kasus “bizar”. Pemeriksaan radiologi X-ray USG menunjukkan densitas pada kuandran kanan bawah.

2.1.8 Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan ataupun tindakan yang dilakukan pada pasien dengan maalah appendiks menurut (Wijaya & Putri, 2017) sbg :

1. Sebelum tindakan operasi (pembedahan)

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendiks seringkali belum jelas dalam keadaanobservasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Pada mayoritas kasus analisis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri didaerah kanan bawah dalam 12 jam setelah tibulnya keluhan (Wijaya & Putri, 2017)

2) Antibiotik

Apendiks tanpa kesulitan biasanya tidak perlu diberi antibiotik, kecuali apendiks perporasi. Penanggungan tindak bedah sambil merekomendasikan antibiotik dapat megakitbatkan abses atau perporasi.

2. Operasi

Appendiktomi ialah suatu intervnesi bedah yang memiliki tujuan bedah ablative atau memenuhi pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit.

- 1) Appendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologi dan antibiotik.
 - 2) Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, biasanya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Appendiktomi dilakukan operasi efektif sesudah 6 minggu – 6 bulan.
3. Pasca operasi

Dilaksanakan observasi ttv untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, syok hipotermia, angka sonde lambung bila klien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicgah, posisi klien dalam posisi semifowler. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itumklien dipuaskan, bila tindakan pembedahan lebih besar pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai usus kembali normal. Sehari pasca pembedahan dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit, kedua dpat dianjurkan untuk duduk diluar kamar. Ke tujuh jahitan dapat diangkat dan diperbolehkan pulang.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi yang paling sering terjadi adalah :

1. Perforasi

Insiden perforasi 10-32% rata-rata paling sering terjadi pada usia muda sampai usia tua. Perporasi timbul 93% pada anak-anak dibawah 2 tahun antara 75% kasus, usia diatas 60 tahun keatas.

Perporasi jarang timbul dalam 12 jam pertama sejak awal nyeri, tetapi insiden meningkat tajam setelah 24 jam. Perporasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu 39,5 C ada toksik, nyeri tekan seluruh abdomen leukositosis meningkat akibat perporasi dan pembentukan

2. Peritonitis

Peritonitis merupakan tromboflebitis septik pada system vena porta ditandai dengan panas tinggi 39-40 C menggigil dan icterus merupakan penyakit yang relative jarang.

- 1) Tromboflebitis supuratif dari system portal yang jarang terjadi tetapi merupakan komplikasi yang letal
- 2) Abses subfrenikus dan fokal sepsis intraabdominal lain.
- 3) Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlekatan.

2.2 Post Appendiktomi

2.2.1 Definisi

Appendiktomi ialah pembedahan maupun operasi pengangkatan apendiks (Haryono, 2019). Appendiktomi ialah pengobatan melalui prosedur tindakan pembedahan hanya untuk penyakit pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Appendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perporasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses Mearinata (dalam Pristahayuningtyas, 2017).

Kegiatan keperawatan pasca pembedahan fokus terhadap peningkatan penyembuhan klien. Peran perawat yang mendukung proses

kesehatan klien yaitu dengan memberikan dorongan kepada klien untuk melakukan mobilisasi setelah pembedahan (Potter & Perry, 2017). Mobilisasi penting dilakukan karena selain mempercepat proses kesehatan juga mencegah komplikasi yang mungkin muncul (Muttaqin, 2019).

2.2.2 Etiologi

Dilakukan tindakan pembedahan pada penderita pendiks karena apendik mengalami peradangan. Apendiks yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi bila tidak dilaksanakan tindakan pembedahan. Macam hal berperan sebagai faktor pencetus sumbatan lumen apendiks dan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus. Samping hiperplasia jaringan limfe, fekalith, tumor apendiks, dan cacing askariasis dapat mengakibatkan sumbatan. Sebab lain diduga dapat menimbulkan apendiks adalah erosi mukosa apendiks akibat parasit seperti *E. Histolytica* (Sjamsuhidayat, 2017)

Faktor-faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks menurut (Haryono, 2020) diantaranya:

1. Faktor sumbatan

Faktor penyumbat ialah yang terpenting terjadinya apendiks dan diikuti oleh infeksi. Sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfoid sub mukosa, 35% adanya stasis fekal, 4% karena benda asing, 17 sumbatan dari parasit.

2. Faktor infeksi

Infeksi enterogen ialah faktor patogenesis primer pada apendiks akut. Adanya fekolit dalam lumen apendiks yang terinfeksi karena terjadi peningkatan stagnasi feses dalam lumen apendiks, pada kulkur yang banyak ditemukan ialah kombinasi antara *Bacteroides fragilis* dan *E.Coli*, *Lactobacillus*. Sedangkan kuman yang menyebabkan perforasi adalah kuman anaerob sebesar 96% dan aerob lebih dari 10%.

3. Kecenderungan familial

Hal yang dihubungkan dengan terdapatnya malformasi yang hereditas dari organ, apendiks yang terlalu panjang, vaskularisasi yang tidak baik dan letaknya yang mudah terjadi apendiks. Sebab ini dihubungkan dengan kebiasaan makan dalam keluarga terutama dengan diet rendah serat akan memudahkan terjadinya apendiks.

4. Faktor ras dan diet

Faktor ras dan diet menghubungkan dengan kebiasaan dan pola makan sehari-hari. Bangsa kulit putih yang dulu nya memiliki risiko lebih tinggi dari negara yang pola makannya banyak serat. Namun saat sekarang kejadiannya terbalik. Bangsa kulit putih telah mengubah pola makan yang tinggi serat dan beralih ke pola makan rendah sehingga mempunyai resiko apendiks yang lebih tinggi.

2.2.3 Komplikasi post apendiktomi

Komplikasi setelah pembedahan apendik menurut (Muttaqin, 2019):

1. Infeksi pada luka, ditandai dengan luka mengeluarkan cairan kuning atau abses, kulit disekitar luka menjadi merah, dan menjadi terasa sakit.
2. Abses ini terdapat kumpulan didalam rongga perut dengan gejala suhu panas dan nyeri abdomen.
3. Pelekatan usus dan gejala rasa tidak nyaman di abdomen, terjadi sulit buang air besar pada tahap lanjut, abdomen terasa nyeri.
4. Komplikasi yang jarang terjadi seperti ileus, gngren uus, pertonitis, dan abstruksi usus.

2.2.4 Masalah yang timbul post apendiktomi

Masalah yang banyak terjadi pada penderita post apendiktomi menurut (Wilkinson & Ahern, 2019):

1. Nyeri akut
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan badan
3. Hambatan mobilitas fisik
4. Konstipasi
5. Risiko kurangnya volume cairan
6. Cemas
7. Risiko infeksi
8. Bersihan jalan nafas tidak efektif
9. Kurangnya pengetahuan

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Tamsuri 2015, (dalam Daud 2017), Nyeri didefinisikan sebagai salah satu keadaan yang memengaruhi individu dan ekstensinya diketahui bisa seseorang pernah mengalami. Solehati & Kokashi, 2015 (dalam Rasubala, 2017), nyeri ialah pengalaman sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan, keadaan yang memperlihatkan ketidaknyamanan secara subjektif maupun individual, mengalami nyeri yang sangat hebat pada tubuh dan kapanpun individu mengatakannya itu dalam keadaan nyata. Reseptor nyeri ada pada semua saraf motorik yang terletak pada kulit, tulang persendian, dll.

Potter & Perry 2017, (dalam Rosida 2018), nyeri merupakan suatu yang sering membuat klien merasa tidak nyaman. Nyeri yang sering dijelaskan oleh pengidap dengan berbagai macam istilah misalnya rasa tertusuk-tusuk, rasa sayat, rasa berdenyut, rasa panas, tersengat, terbakar, tikam. Pernyataan tersebut menunjukkan lamanya waktu terasa nyeri dan dengan hal yang menyebabkan rasa tersebut pada waktu lampau yang pernah dialaminya. Muttaqin & Sari 2016, (dalam Mariyani 2017). Keluhan sensorik yang dinyatakan seperti pegal linu ngilun dll dapat dianggap sebagai modalitas.

Judha et al. 2012, (dalam Mariyani 2016), mengutarakan nyeri biasanya terjadi karena adanya rangsangan mekanik atau kimia pada daerah kulit di ujung syaraf bebas yang disebut nosireseptor. Pada

kehidupan nyeri dapat pula bersifat lama dan singkat, berdasarkan lama waktunya terjadi maka nyeri dibagi menjadi dua :

1. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan sebagian terbesar, diakibatkan oleh penyakit radang maupun injuri jaringan. Nyeri jenis ini biasanya datang tiba-tiba sebagai contoh, trauma maupun pembedahan dan mungkin menyertai kecemasan atau distress emosional. Nyeri akut biasanya berkurang sejalan dengan terjadinya penyembuhan. Nyeri ini umumnya terjadi kurang dari 6 bulan, penyebab nyeri yang paling sering terjadi ialah tindakan diagnosis dan pengobatan.

2. Nyeri kronis

Nyeri ini dapat menjadi lebih berat yang disebabkan oleh lingkungan dan faktor kejiwaan. Nyeri kronik berlangsung lebih lama dari 6 bulan dibandingkan dengan nyeri akut dan resisten terhadap pengobatan. Nyeri ini sering menyebabkan masalah yang berat bagi klien.

2.3.2 Jenis Nyeri

(Price & Wilson, 2016), karakteristik nyeri dapat bervariasi sesuai lokasi maupun sumber, misal apakah nyeri melibatkan struktur somatik dalam, visera atau keeuklana pada sistem saraf pusat (SSP) maupun sistem saraf tepi (SST).

1. Nyeri somatik superfisial (kulit)

Nyeri kulit berasal dari struktur-struktur superfisial kulit dan jaringan subkutis. Stimulus yang efektif untuk menimbulkan nyeri dikulit dapat berupa rangsang mekanis, suhu, kimiawi, maupun listrik. Apabila hanya kulit yang terlibat, nyeri sering dirasakan sebagai penyengat, tajam, meringis, ataupun seperti terbakar dan pembuluh darah ikut berperan maka nyeri akan berdenyut.

2. Nyeri somatik dalam

Nyeri somatik dalam, mengacu pada nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamentum, tulang sendi dan arteri. Struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokalisasi nyeri kulit dan cenderung menyebar ke daerah sekitarnya.

3. Nyeri Visera

Nyeri visera mengacu pada nyeri yang berasal dari organ tubuh. Reseptor somatic dan terletak didinding otot polos organ yang berongga. Mekanisme utama yang menimbulkan nyeri visera yaitu peregangan maupun distensi abnormal dinding atau kapsul organ, iskemia dan peradangan.

4. Nyeri Alih

Nyeri alih didefinisikan sebagai nyeri yang berasal dari salah satu daerah ditubuh tetapi dirasakan terletak didarah lain. Nyeri visera sering dialihkan ke daerah kulit yang persarafi oleh segmen medulla spinalis yang sama dengan viksus yang nyeri tersebut berasal dari mudigah, tidak hanya ditempat organ tersebut berada pada masa dewasa.

5. Nyeri neuropati

Sistem saraf secara normal menyalurkan rangsangan-rangsangan yang merugikan dari sistem saraf tepi (SST) ke sistem saraf pusat (SSP) menimbulkan perasaan nyeri. Dengan demikian, lesi di SST atau SSP dapat menyebabkan gangguan atau hilangnya sensasi nyeri yang masing-masing disebut hipalgesia dan analgesia. Secara paradox, kerusakan atau disfungsi SSP maupun saraf perifer dapat mengakibatkan nyeri. Jenis ini disebut neuropatik maupun deafferentasi (*deafferentation*).

2.3.3 Fisiologi Nyeri

1. Transduksi

Transduksi merupakan rangsangan yang mengganggu sehingga mengakibatkan aktivitas listrik di reseptor nyeri. Selama fase transduksi, stimulus berbahaya seperti prostaglandin, bradikinin, serotonin, histamin, dan substansi P. Neurotransmitter ini menstimulasi nosiseptor dan memulai nosiseptif. Obat nyeri dapat bekerja selama fase dengan menghambat prostaglandin (Kozier, 2017).

2. Transmisi

Transmisi merupakan suatu proses penyaluran impuls nyeri dari tempat transduksi melewati saraf perifer sampai ke terminal medula spinalis dan jaringan neuron pemancar yang naik dari medula spinalis ke otak. Transmisi meliputi tiga segmen. Segmen pertama substansi P bertindak sebagai sebuah neurotransmitter yang

meningkatkan pegerakan impuls menyebrangi sinaps saraf dari neuron aferen primer ke neuron ordo kedua di kornu dorsalis medula spinalis. Serabut C yang mentransmisikan nyeri tumpul yang berkepanjangan dan serabut A-Delta yang mentransmisikan nyeri tumpul yang berkepanjangan, dan serabut A-Delta yang mengtransmisikan Transmisi meliputi tiga segmen. Segmen pertama, substansi P bertindak sebagai sebuah neurotransmitter yang meningkatkan nyeri tajam dan lokal. Segmen kedua ialah transmisi dari medula spinalis dan ascendens. Melalui traktus spinothalamus, ke batang otak dan talamus. Spinothalamus terbagi menjadi dua jalur khusus, yaitu *neospinothalamic (NS)* dan *jalur paleospinothalamic (PS)*. Segmen ketiga melibatkan transmisi sinyal antara talamus ke korteks sensorik somatik tempat terjadinya persepsi nyeri (Kozier, 2017).

3. Persepsi

Persepsi merupakan pengalaman subyektif yang dihasilkan oleh aktivitas transmisi nyeri. Impuls nyeri ditransmisikan melalui spinothalamus menuju ke pusat otak dimana persepsi ini terjadi. Sensasi nyeri yang ditransmisikan melalui *neospinothalamic (NS)* dan menuju talamus, dan sensasi nyeri yang ditransmisikan melalui *paleospinothalamic (PS)* menuju batang otak, hipotalamus, dan talamus. Bagian dari *Central Nervous System (CNS)* ini berkontribusi terhadap persepsi awal nyeri. Proyeksi ke sistem limbik dan korteks sensorik yang terletak dilobus parietal memungkinkan pasien untuk

menggambarkan pengalaman sensorik dan karakteristik nyeri, seperti lokasi, intensitas, dan kualitas nyeri. Komponen kognitif nyeri melibatkan beberapa bagian korteks serebral. Ketiga komponen ini menggambarkan interpretasi subyektif dari nyeri. Sama swngan proses subjektif tersebut, ekspresi wajah dan gerakan tubuh tertentu merupakan indikator perilaku nyeri yang terjadi sebagai akibat dari proyeksi serabut nyeri ke korteks motorik di lobus frontal (Kozier, 2017)

4. Modulasi

Modulasi seringkali digambarkan sebagai sistem desendents proses keempat ini terjadi saat neuron dibatang otak mengirimkan sinyal keempat ini terjadi saat neuron dibatang otak mengirimkan sinyal menuruni kornu dorsalis medula spinalis. Serabut desendents ini melepaskan zat seperti opioid endogen, serotonin, dan norepineprin yang dapat menghambat naiknya impuls berbahaya di kornu dorsalis. Namun, neurotransmitter ini diambil kembali oleh tubuh, yang membatasi kegunaan analgesiknya (Kozier, 2017)

2.3.4 Pengkajian Nyeri

Seseorang ynag mengalami nyeri merupakan sumber informasi terbaik untuk menggambarkan nyeri yang dialami (Mohama, sudarti & Fauziah, 2018). Beberapa hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain :

1. Riwayat Nyeri

Pengingat PQRST

1) P : *Provokasi* (penyebab terjadinya nyeri)

Tenaga kesehatan harus mengkaji faktor penyebab terjadinya nyeri pada klien bagian tubuh mana yang trrasa nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis. Karena terkadang nyeri itu bisa muncul tidak karena luka tetapi karena faktor psikologisnya.

2) Q : *Quality*

Kualitas nyeri merupakan ungkapan subjektif yang diungkapkan oleh klien dan mendeskripsikan nyeri dengan kalimat seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri, atau superfisial atau bahkan digencet.

3) R : *Region*

Untuk mengkaji lokasi nyeri tenaga kesehatan meminta klien untuk menyebutkan bagian mana saja yang dirasakan tidak nyaman. Untuk mengetahui lokasi yang spesifik tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.

4) S : *Severe*

Untuk mengetahui dimana tingkat keparahan nyeri, hal ini yang paling subyektif dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri sendiri bisa digambarkan melalui skala nyeri.

5) T : *Time*

Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu ialah awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

2.3.5 Skala atau Pengukuran Nyeri

Brunner dan Suddart 2001 (dalam Oktavia 2017), skala pengukuran nyeri menurut *Agency For Health Policy Dan Reseach* (AHCPR) terdiri dari :

1. Skala wajah *Wong-Baker/ Wong-Baker Faces Rating Scale*

Skala wajah biasanya digunakan untuk anak-anak yang berusia kurang dari tujuh tahun. Klien diminta untuk memilih gambar wajah yang sesuai dengan nyerinya. Pilihan ini kemudian diberi skor angka. Skala wajah *Wong-Baker* menggunakan 6 kartun wajah yang menggambarkan wajah tersenyum, wajah sedih, sampai mennggis. Dan pada tiap wajah ditandai dengan skor 0 sampai dengan 5.

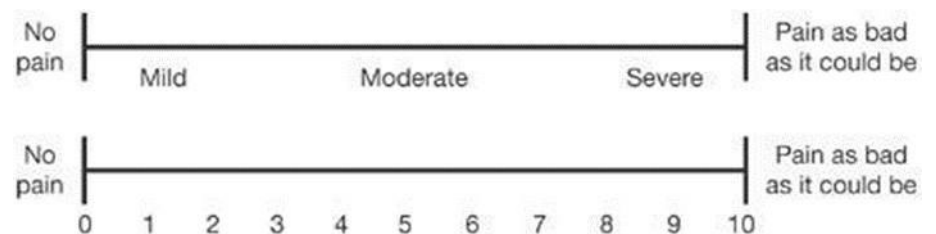


Gambar 2.1 Skala Wajah Wong-Baker

2. Skala analog visual / *Visual Analogue Scale (VAS)*

Potter & Perry 2006, (dalam Oktavia 2017), Skala analog visual tidak melebel subdivisi. Vas merupakan suatu garis lurus yang

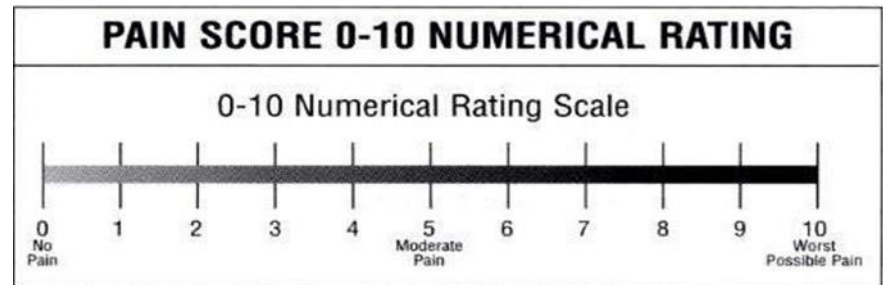
mewakili skala nyeri yang terus menerus dan pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka. Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan banyak waktu saat klien melengkapinya. apabila klien membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan.



Gambar 2.2 Skala Analog Visual/Visual Analog Scale

3. Skala Penilaian Numerik / Numeric Rating Scale

Black & Hawks 2009, (dalam Oktavia 2017), skala ini menggunakan skala angka 0 sampai dengan 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri.



Gambar 2.3 Skala Penilaian Numerik/Numeric Rating

Scale

Keterangan:

0 : Tidak ada nyeri

1-3 : Ada rasa nyeri, mulai terasa, tetapi masih dapat ditahan.

4-6 : ada rasa nyeri, terasa mengganggu, dan dengan melakukan usaha yang kuat untuk menahannya.

7-10 : ada rasa nyeri, terasa sangat mengganggu / tidak tertahankan, sehingga harus meringis, menjerit, bahkan berteriak.

2.3.6 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Potter & Perry, 2017) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri ialah :

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri khususnya pada anak-anak dan lansia..

2. Jenis Kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya

jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam pengekspresian nyeri.

3. Kebudayaan

Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka . hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri (Clavillo & Flaskerud, 2016).

4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesanancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan.

5. Perhatian

Tingkat individu memfokuskan perhatiannya pada nyeri yang memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yg dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi juga dapat menimbulkan suatu perasaan cemas.

7. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsis nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

8. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang.

9. Gaya koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman nyeri yang membuat individu merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti dirumah sakit, klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu.

10. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna memengaruhi respon nyeri kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu dari kelompok sosialbudaya yang berbeda tentang tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri (Meihart & McCaffery, 2016).

2.3.7 Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Potter & Perry 2006, (dalam Mariyani 2016), Ada dua metode umum untuk nyeri antara lain :

1. Pendekatan farmakologis

Muttaqin & Sari 2008, (dalam Mariyani 2016), Jenis-jenis obat farmakologis ada 4 jenis analgesik yang digunakan untuk mengatasi nyeri, yaitu:

- 1) Analgesik narkotik : terdiri atas berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein, narkotik dapat memberikan efek

penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini membuat ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat.

- 2) Analgesik nonnarkotik : analgesik nonnarkotik seperti aspirin, astaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan antipiretik.
- 3) NSAID : ibuprofen, neproksen, indometasin, tolmetin, piroksikam, ketorolak.
- 4) Adjuvan: amitriptilin, hidroksin, klorpromazin, dan diazepam.

2. Pendekatan Non-Farmakologi

Judha et al. 2012, (dalam Mariyani 2016), Menjelaskan manajemen nyeri non-farmakologis merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Manajemen nyeri non-farmakologi sangat beragam yaitu :

1) *Imagery*

Metode ini menggunakan memori tentang peristiwa yang menyenangkan bagi individu maupun mengembangkan pemikiran-pemikiran individu untuk mengurangi nyeri.

2) Teknik relaksasi

Teknik relaksasi dapat membantu memutuskan siklus ini. Teknik ini meliputi meditasi, yoga, music, dan ritual keagamaan.

3) Kompres

Kompres panas atau dingin selain bisa menurunkan sensasi nyeri juga dapat meningkatkan proses penyembuhan jaringan yang mengalami kerusakan (Tamsuri, 2017).

4) *Massase*

Tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendian menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi (Hendarson, 2016).

5) Musik

Musik dapat mngobati nyeri akut atau kronis, stress, kecemasan, dan depresi. Musik mengalihkan perhatian individu dari nyeri dan membangun respon relaksasi (Potter & Perry, 2017)

6) Distraksi

Metode ini berfokus pada perhatian atas sesuatu selain dari nyeri. Tehnik ini paling efektif untuk nyeri yang dirasakan sesaat saja, sebagai contoh injeksi dan pengambilan darah.

7) TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

Alat ini bekerja seperti menggunakan tempelan dikulit. Tempelan ini memancarkan impuls yang akan memblok nyeri pada nervesnya. Methoded penghilang rasa sakit menggunakan mesin TENS (*Transcutaneous Electrical*

Stimulation) dipilih jika rasa sakit ini hilang tanpa menggunakan obat. Penggunaan terapi nonfarmakologi yang menjadi pilihan menurut (*Potter & Perry, 2016*) dipilih jika rasa sakit ingin hilang tanpa menggunakan obat.

2.4 Konsep *Guided Imagery*

2.4.1 Definisi *Guided Imagery*

Muttaqin & Sari 2017 dalam Daud 2018), *guided imagery* merupakan penggunaan imajinasi individu dalam suatu cara yang direncanakan secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas penggabungan nafas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan. Dengan mata terpejam, individu diinstruksikan membayangkan tubuh yang rileks dan nyaman. Setiap kali menghirup udara, klien harus membayangkan energi penyembuhan dialirkan kebahagiaan yang tidak nyaman. Setiap kali nafas dihembuskan membawa pergi nyeri dan ketegangan. Menurut (*Potter & Perry 2016*), *Guided Imagery* (imajinasi terbimbing) metode pengendalian nyeri dimana klien membuat imajinasi mental, berkonsentrasi terhadap imajinasi tersebut, dan secara bertahap menjadi kurang menyadari terhadap nyeri.

Smeltzer et al 2010, (dalam Patasik 2017), *guided imagery* merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu. Rahmayanti 2010 (dalam Patasik, 2017).

Priyanto 2016, (dalam Rosida 2017), *Guided Imagery* merupakan salah satu dari teknik relaksasi sehingga manfaat dari teknik ini pada umumnya sama dengan manfaat teknik relaksasi yang lain. Para ahli dari bidang teknik relaksasi *guided imagery* berpendapat bahwa *imagery* salah satu penyembuhan dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit.

Potter & Perry 2009, Hendy 2014, (dalam Daud 2017), *guided imagery* mempunyai elemen yang secara umum sama dengan relaksasi, yaitu sama membawa klien kearah relaksasi. Tujuan dari teknik *guided imagery* yaitu menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun. Menurut Brannon & Freist 2000, Hendy 2014, (dalam Daud 2017), penggunaan *guided iamgery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu oleh karena itu klien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan menyenangkan. Alimul 2006, (dalam Rosida 2017), manfaat pada *guided iamgery* diantaranya mengurangi stress dan kecemasan, mengurangi nyeri, mengurangi efek samping, mengurangi tekanan darah tinggi, mengurangi level gula darah atau diabetes, mengurangi alergi dan gejala pernafasan.

2.4.3 Manfaat *Guided Imagery*

Banyak sekali manfaat yang kita dapat dari menerapkan prosedur *guided imagery*, berikut ini manfaat dari *guided imager* menurut (Townsend, 2016) :

1. Mengurangi stres dan kecemasan
2. Mengurangi nyeri
3. Mengurangi sakit kepala
4. Mengurangi tekanan darah tinggi
5. Mengurangi biaya rumah sakit
6. Mengurangi alergi dan gejala gangguan pernafasan.
7. Meningkatkan penyembuhan

2.4.4 Teknik *guided imagery*

1. Guided Walking Imagery

Pada teknik ini klien dianjurkan untuk membayangkan imajinasi pemandangan standar seperti padang rumput, pegunungan, pantai dll.

2. Autogenik

Abstraction dalam teknik ini klien diminta untuk memilih sebuah perilaku negatif yang ada dalam pikirannya kemudian klien mengungkapkan secara verbal tanpa batasan. Bila berhasil akan tampak perubahan dalam hal emosional dan raut muka klien.

3. Covert Sensitization

Teknik ini bersandar pada paradigma reinforcement yang menyimpulkan bahwa proses imajinasi dapat dimodifikasi perilaku.

4. Covert Behaviour Rehearsal

Teknik ini mengajak seseorang untuk membayangkan imajinasi perilaku koping yang individu inginkan.

2.4.5 Prosedur Pelaksanaan *Guided Imagery*

Guided imagery yang diberikan pada klien harus didukung oleh keadaan intern dan ekstern. Keadaan yang intern yang mendukung lancarnya proses terapi ini merupakan salah satunya klien harus kooperatif dengan perawat, tidak mengalami gangguan pendengaran, dan mudah berkonsentrasi. Keadaan ekstern yang mendukung imajinasi terbimbing adalah lingkungan yang tenang, nyaman, sehingga akan meningkatkan konsentrasi pada saat terapi berlangsung.

Berikut ini merupakan standar operasional dari pelaksanaan *guided imagery*:

1. Bina hubungan saling percaya
2. Jelaskan prosedur, tujuan, posisi, waktu dan peran perawat pembimbing.
3. Anjurkan klien mencari posisi yang nyaman menurut individu
4. Duduk dengan klien tetapi tidak mengganggu
5. Lakukan bimbingan dengan baik terhadap klien
6. Minta klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu penggunaan semua indra dengan suara yang lembut.
7. Ketika klien rileks, klien perlu berfokus pada bayangan dan saat itu perawat tidak perlu bicara lagi

8. Jika klien menunjukkan tanda-tanda gelisah, atau tidak nyaman perawat harus menghentikan latihan dan memulai lagi ketika klien telah siap.
9. Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh, setelah 15 menit klien dan daerah ini akan digantikan dengan relaksasi. Biasanya klien rileks setelah menutup matanya atau mendengarkan musik yang lembut ssebagai background yang membantu.
10. Catat hal-hal yang digambarkan oleh klien dalam pikiran untuk digunakan pada latihan selanjutnya dengan menggunakan informasi spesifik yang diberikan klien dan tidak membuat perubahan pernyataan klien.

Prosedur menurut (Berman, 2018).

1. Anjurkan klien menggunakan pakaian yang longgar
2. Tidur dengan posisi yang nyaman
3. Anjurkan klien untuk menutup mata dengan perlahan' minta klien untuk tarik nafas dalam dengan perlahan untuk menimbulkan relaksasi.
4. Minta klien untuk menggunakan seluruh panca inderanya dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan tersebut.
5. Mulailah membayangkan tempat ang menyenangkan dan dapat dinikmati
6. Minta klien untuk menjelaskan perasaan fisik dan emosional yang ditimbulkan oleh bayangan, dan bantu klien untuk mengeksplorasi repon terhadap bayangannya

7. Ulangin 10-15 menit sampai anda tertidur
8. Ciptakan lingkungan yang sunyi dan bebas dari gangguan.

2.5 Kerangka Konseptual

Bagan 2.1 Kerangka Konseptual

Pengaruh *Guided Imagery* Terhadap Penurunan Nyeri Pada Klien *Post Operasi*
Appendiktomi : *Literature rievew*

