

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

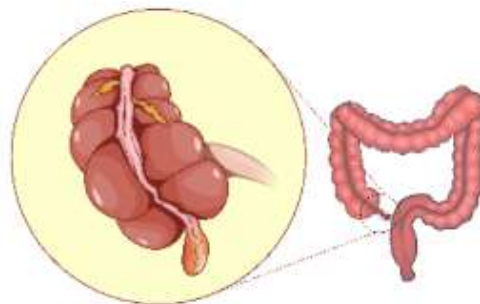
A. Konsep Apendisitis

1. Apendisitis

a. Definisi Apendisitis

Apendiks atau umbai cacing merupakan organ yang berbentuk tabung, panjang kira-kira 10 cm (kisaran 3-15 cm), dan berpangkal pada sekum (Mutaqin & Sari, 2013). Apendisitis terjadi karena peradangan akibat infeksi pada *apendiks vermiformis* berupa tabung sempit yang memanjang dari bagian inferior sekum dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Kurniawati et al., 2020)

Apendisitis dimulai ketika usus buntu tersumbat atau meradang. Iritasi dan peradangan menyebabkan pembuluh darah membesar, stasis, dan oklusi arteri. Akhirnya bakteri menumpuk, dan buntu dapat berkembang menjadi gangren. Apendisitis adalah kondisi paling sering dijumpai dari peradangan akut di kuadran kanan bawah rongga perut, juga suatu keadaan darurat bedah yang paling umum. (Hartoyo et al., 2022)



Gambar 2.1 Apendiks
Sumber: (Hartoyo et al., 2022)

b. Klasifikasi

Apendisitis dibedakan menjadi dua jenis yaitu, apendisitis akut dan apendisitis kronis.

- 1) Apendisitis akut terjadi dengan waktu serangan selama 24-48 jam dan merupakan kasus kegawatdaruratan dimana nyeri perut di kuadran kanan bawah yang semakin hebat menjadi keluhan utamanya. Apendisitis akut harus segera mendapat pertolongan medis untuk mencegah komplikasi atau kematian pada seseorang (Smeltzer, dkk, 2010 dalam (Hartoyo et al., 2022)).
- 2) Apendisitis kronis ialah peradangan usus buntu/umbai cacing yang terjadi dengan rentang waktu yang lama, yaitu beberapa minggu sampai tahun. Apendisitis kronis dapat terjadi akibat umbai cacing/usus buntu tersumbat oleh feses, corpus alenum/benda asing, tumor, atau pembengkakan. Apendisitis kronis umumnya mempunyai gejala yang lebih ringan dibandingkan apendisitis akut (Swearingen & Wright, 2018 dalam (Hartoyo et al., 2022)).

c. Etiologi

Apendisitis umumnya disebabkan oleh obstruksi, karena apendiks adalah pelengkap kecil seperti jari dari sekum. Apendiks rentan terhadap obstruksi karena secara teratur mengisi dan mengosongkan usus. Obstruksi dapat disebabkan oleh fekalit (massa feses yang keras), benda asing dalam lumen apendiks, penyakit fibrosa pada dinding usus, infestasi parasit, atau puntiran apendiks oleh perlengketan. Hal ini terkait dengan penyakit radang usus, infeksi gastrointestinal, parasit, benda asing, dan neoplasma (Smeltzer, dkk., 2010 dalam (Hartoyo et al., 2022)). Obstruksi pada lumen apendisitis menyebabkan radang usus buntu. Lendir punggung dan lumen apendisitis menyebabkan bakteri yang biasanya tinggal di dalam jaringan untuk berkembang biak. Akibatnya, usus buntu membengkak dan menjadi terinfeksi (Khotimah et al., 2022).

Menurut hasil penelitian, peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang mengakibatkan timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa sehingga akan mempermudah timbulnya apendisitis (Khotimah et al., 2022).

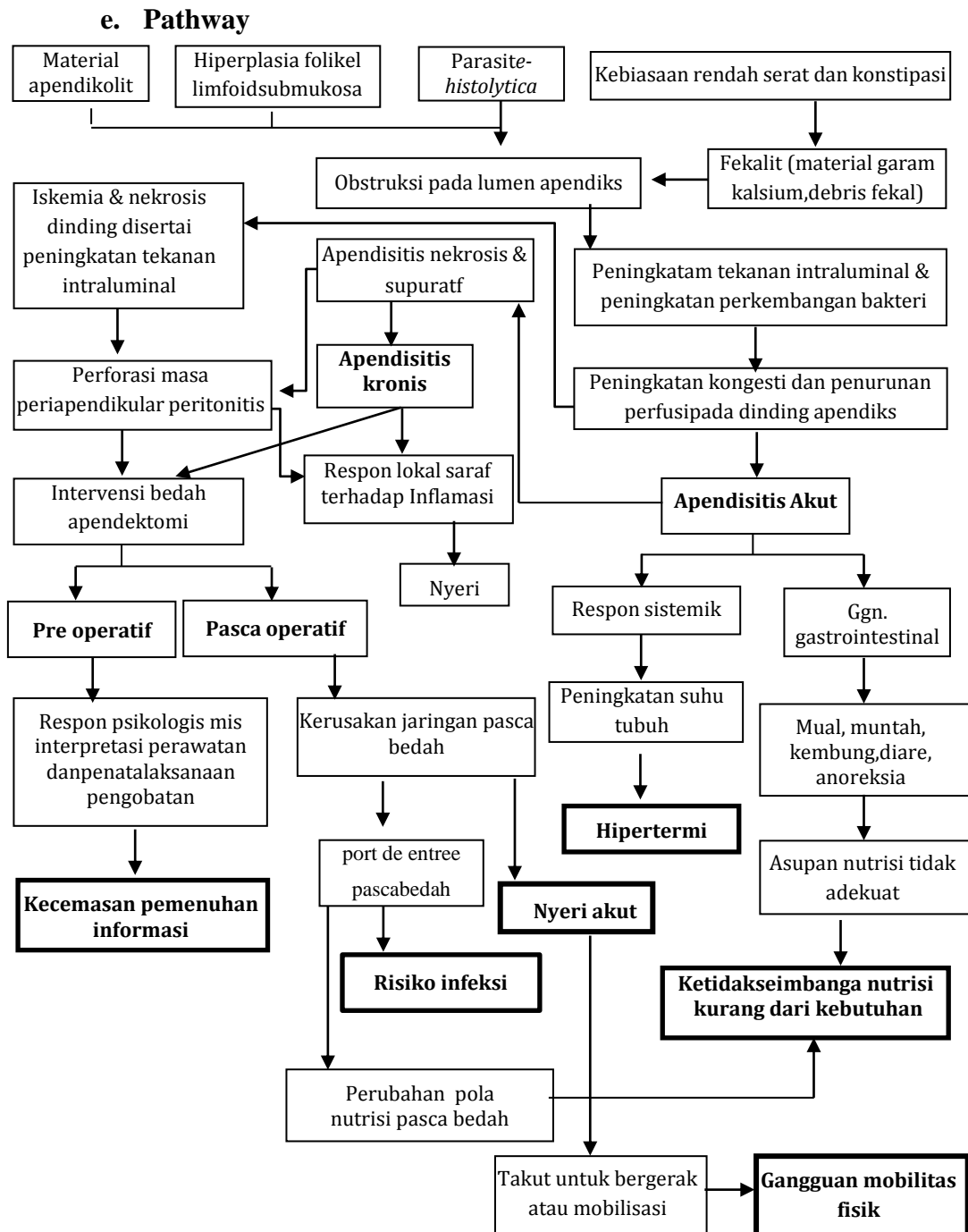
d. Patofisiologi

Penyebab apendisitis adalah obstruksi pada lumen apendiksca oleh apendikolit, hiperplasia folikel limfoid submukosa, fekalit atau parasit. Menunjukkan peran kebiasaan makan-makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa (Muttaqin, 2013 dalam (Khotimah et al., 2022)).

Kondisi obstruksi meningkatkan tekanan intraluminal dan peningkatan perkembangan bakteri. Sehingga akan terjadi peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks. Pasien pada fase ini akan mengalami nyeri pada area periumbilikal. Berlanjutnya proses inflamasi, maka pembentukan eksudat terjadi di permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini berhubungan dengan parietal peritoneum, maka intensitas nyeri yang khas akan terjadi yaitu rasa sakit di bagian bawah abdomen (Muttaqin, 2013 dalam (Khotimah et al., 2022)).

Ketika proses obtruksi berlanjut, bakteri akan berproliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa dinding apendiks yang disebut apendiksitis mukosa, dengan manifestasi ketidaknyamanan abdomen. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis disertai peningkatan tekanan intraluminal yang disebut apendiksitis nekrosis, juga akan meningkatkan risiko terjadinya perforasi dari apendiks (Muttaqim, 2013 dalam (Khotimah et al., 2022)). Bila proses ini

berlangsung secara terus-menerus maka organ disekitar dinding apendik terjadi perlengketan dan akan menjadi abses (kronik). Apabila proses infeksi sangat cepat (akut) dapat menyebabkan peritonitis. Peritonitis merupakan komplikasi yang sangat serius. Infeksi kronis dapat terjadi pada apendik, tetapi hal ini tidak selalu menimbulkan nyeri didaerah abdomen.



Gambar 2.2 Web Of Caution (WOC)

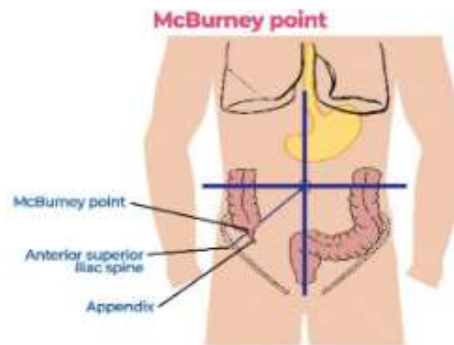
Sumber: (Mutaqin & Sari, 2013)

f. Tanda dan gejala

Apendisitis memiliki gejala kombinasi yang khas, sehingga mudah diidentifikasi dokter, gejala utamanya terdiri dari mual, muntah, dan nyeri yang hebat di perut kanan bagian bawah sering menyebabkan penderita terbangun di malam hari. Nyeri bisa secara mendadak di mulai di perut sebelah atas atau di sekitar pusar (umbilikus), lalu timbul mual muntah. Setelah beberapa jam rasa mual hilang dan nyeri berpindah ke perut sebelah kanan bawah. Jika dokter menekan daerah ini, penderita merasakan nyeri tumpul dan jika penekanan ini di lepaskan, nyeri bisa bertambah, demam bisa mencapai 37,8-38,8⁰C (Khotimah et al., 2022).

Selain itu, apendisitis ditandai dengan nyeri epigastrium atau periumbilikal yang tidak jelas (yaitu, nyeri viseral yang tumpul dan tidak terlokalisasi dengan baik) berkembang menjadi nyeri kuadran kanan bawah (yaitu, nyeri parietal yang tajam, tidak jelas, dan terlokalisir dengan baik) dan umumnya diikuti dengan mual-muntah, demam, hingga kehilangan nafsu makan. Dalam 50% kasus yang muncul, nyeri tekan lokal timbul pada titik Mc. Burney ketika diberikan tekanan (Hartoyo et al., 2022).

Nyeri tekan lepas mungkin akan dijumpai. Derajat nyeri tekan, spasme otot, dan apakah terdapat konstipasi atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi appendiks. Nyeri pada defekasi menunjukkan bahwa ujung appendiks dekat dengan kandung kemih atau ureter. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektum kanan dapat terjadi tanda Rovsing, dapat timbul dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri, yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa pada kuadran bawah kanan. Apabila appendiks telah ruptur, nyeri dan dapat lebih menyebar; distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi klien memburuk (Wedjo, 2019)



Gambar 2.3 Titik Mc.Burney
Sumber: (Hartoyo et al., 2022)



Gambar 2.4 Tanda Roving
Sumber: (Hartoyo et al., 2022)

g. Komplikasi

Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi usus buntu yang terjadi pada 8 jam pertama. Perforasi beresiko untuk menimbulkan peritonitis, pembentukan abses (pengumpulan bahan purulen), atau pylephlebitis portal, yaitu trombosis septik vena portal yang disebabkan oleh emboli vegetatif yang timbul dari usus septik. Peritonitis merupakan peradangan peritonium (lapisan membrane serosa rongga abdomen) dan organ didalamnya (Hartoyo et al., 2022).

Pada umumnya, perforasi biasa timbul sejak 24 jam dan munculnya nyeri. Adapun gejalanya seperti demam $\geq 37.7^{\circ}\text{C}$ (100°F), tampak toksik perut, dan nyeri atau nyeri tekan perut yang berlanjut, mual dan muntah serta peningkatan denyut nadi dan pernapasan.

Komplikasi yang lain meliputi syok septik, dan ileus baralick (Smeltzer, dkk., 2010 dalam (Hartoyo et al., 2022))

h. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada apendisitis adalah sebagai berikut (Saputro, 2018):

1) Pemeriksaan fisik

- a) Inspeksi: tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang.
- b) Palpasi: didaerah perut kanan bawah jika ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri yang mana merupakan kunci dari apendik akut.
- c) Tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat atau tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka terasa nyeri perut semakin parah.
- d) Apendisitis terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritonium tidak begitu jelas, sedangkan bila apendik terletak di rongga pelvis maka *obturator sign* akan positif dan tanda perangsangan peritonium akan lebih menonjol.
- e) Pemeriksaan laboratorium (darah lengkap)

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) atas meningkatnya neutrofil hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

Pasien yang mengalami radang apendiks bukan hanya disebabkan oleh bakteri saja tetapi nilai leukosit yang meningkat karena proses infeksi. Nilai leukosit pada penderita apendisitis meningkat di atas 10.000/ dan neutrofil di atas 80% dengan rentang normal 47-80% (Saputro, 2018). Nilai leukosit dan neutrofil dapat meningkat secara bersamaan jika terjadi radang apendiks dan semakin meningkat pada apendisitis komplikasi sedangkan nilai limfosit jarang mengalami

peningkatan pada fase akut bahkan nilai limfosit akan jauh berkurang.

f) Pemeriksaan radiologi

- Tampak distensi sekum pada apendisitis akut
- USG (Ultrasonografi): menunjukkan densitas kuadran kanan bawah atau kadar aliran udara terlokalisasi. USG membantu mendeteksi adanya kantong nanah. Gambaran USG pada diagnosis apendisitis yaitu apendiks dengan diameter anteroposterior 7 mm atau lebih, terdapat suatu apendicolith, adanya cairan atau massa periapendiks
- Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen dan apendikogram. Rontgen apendikogram dilakukan dengan cara pemberian kontras BaSO₄ serbuk halus yang diencerkan dengan perbandingan 1:3 secara oral dan diminum sebelum pemeriksaan kurang lebih 8-10 jam untuk anak-anak sedangkan untuk dewasa 10-12 jam
- CT-Scan adalah pemeriksaan yang dapat digunakan dalam mendiagnosis apendisitis akut jika diagnosis tidak jelas. Diagnosis apendisitis dengan CT-Scan dapat ditegakkan apabila apendiks mengalami perubahan ukuran lebih dari 5-7 mm pada diameternya.

i. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk pasien dengan apendisitis antara lain sebagai berikut (Kurniawati et al., 2020):

1) Sebelum operasi

a) Observasi

Setelah munculnya keluhan dalam 8-12 jam perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah

(leusit dan hitung jenis) diulang secara periodik. Foto abdomen dan thorak tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Diagnosa ditegakkan dengan lokalisasi nyeri didaerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

b) Antibiotik

Apendisitis gangrenosa atau apendisitis perforasi memerlukan antibiotik, kecuali apendisitis tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikann antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

2) Operasi

Apendiktomi adalah pengangkatan apendiks yang mengalami inflamasi dapat dilakukan pada pasien rawat jalan dengan menggunakan pendekatan endoskopi. Namun adanya perlengketan multiple, posisi retroperitoneal atau robek perlu dilakukan prosedur pembukaan (Doenges, 2013). Metode yang lebih baru, yang disebut operasi laparaskopi, menggunakan beberapa sayatan kecil dan alat-alat bedah khusus, operasi laparaskopi ke komplikasi lebih sedikit, seperti infeksi dirumah sakit yang terkait, dan memiliki waktu pemulihan pendek.

3) Setelah operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan. Baringkan pasien dalam posisi semi fowler. Pasien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuaskan sampai fungsi usus kembali normal. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Satu hari setelah dilakukan operasi pasien dianjurkan duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk berdiri dan duduk. Hari ketujuh dapat diperbolehkan pulang.

Tahap pasca operasi, pemulihan pasien dari usus buntu keluar dari rumah sakit dalam 24-48 jam (kadang-kadang lebih cepat tergantung pada teknik). Perkembangan peritonitis mempersulit pemulihan, dan rawat inap dapat diperpanjang 5-7 hari. Dokter umumnya memerintahkan cairan oral dan diet sesuai toleransi dalam 24-48 jam setelah operasi. Obat nyeri diberikan melalui IV atau IM sampai pasien dapat meminumnya secara oral. Antibiotik dapat berlanjut pasca operasi sebagai tindakan profilaksis. Ambulasi dimulai pada hari pembedahan atau hari pertama pascaoperasi (Black & Hawks, 2009 (Hartoyo et al., 2022)).

Selain itu, menilai sayatan bedah untuk penyembuhan luka yang memadai. Catat warna dan bau drainase, adanya edema, perkiraan tepi luka, dan warna insisi. Motivasi pasien untuk memasang bidai pada sayatan selama latihan nafas dalam. Bantu pasien mempertahankan status pernapasan yang sehat dengan napas dalam dan batuk 10 kali setiap 1 sampai 2 jam selama 72 jam. Balikkan pasien setiap 2 jam, dan terus pantau suara napas. Dorong pasien untuk mengambil posisi semi- Fowler saat di tempat tidur untuk meningkatkan ekspansi paru (Hartoyo et al., 2022).

2. Apendiktomi

a. Definisi Apendiktomi

Apendiktomi adalah intervensi bedah untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit (Mutaqin & Sari, 2013). Apendiktomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks, pembedahan di indikasikan bila diagnosis apendisitis telah ditegakkan. Hal ini dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi. Pilihan apendiktomi dapat cito (segera) untuk apendisitis akut, abses, dan perforasi. Pilihan apendiktomi efektif untuk apendisitis kronik (Lubis, 2019). Post apendiktomi merupakan tahapan setelah proses pembedahan area abdomen dilakukan dilakukan. Perawatan post apendiktomi adalah

bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien yang telah menjalani operasi pembedahan abdomen.

b. Manifestasi Klinis Post Apendiktomi

Post apendiktomi menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan yang dapat mengakibatkan nyeri, kerusakan tersebut mempengaruhi sensitivitas pada ujung-ujung saraf, hal ini dapat menstimulus jaringan untuk aktivasi pelepasan zat-zat kimia yang merupakan penyebab munculnya nyeri terutama nyeri post apendiktomi (Saputro, 2018)

Menurut (Saputro, 2018), pasien yang dilakukan tindakan apendiktomi akan muncul berbagai manifestasi klinis antara lain:

- 1) Mual dan muntah
- 2) Perubahan tanda-tanda vital
- 3) Nafsu makan menurun
- 4) Nyeri tekan pada luka operasi
- 5) Gangguan integritas kulit
- 6) Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri
- 7) Demam tidak terlalu tinggi
- 8) Biasanya terdapat konstipasi dan terkadang mengalami diare.

c. Penatalaksanaan Post Apendiktomi

Penatalaksanaan pasien post apendiktomi menurut (Hanifah, 2019), sebagai berikut:

- 1) Observasi tanda-tanda vital
- 2) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah (Hartoyo et al., 2022)
- 3) Baringkan pasien dalam posisi semi fowler
- 4) Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama pasien dipuasakan
- 5) Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal

- 6) Berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak (Khotimah et al., 2022).
- 7) Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2 kali 30 menit.
- 8) Hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar
- 9) Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

B. Konsep Relaksasi Genggam Jari

1. Pengertian

Relaksasi genggam jari merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah untuk dilakukan oleh siapapun dan dimanapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh (Sugianti & Joeliatin, 2019). Teknik genggam jari adalah bagian dari teknik Jin Shin Jyutsu. Jin Shin Jyutsu adalah akupresur seni Jepang yang menggunakan sentuhan sederhana tangan dan pernapasan untuk menyeimbangkan energi didalam tubuh. Perasaan yang tidak seimbang seperti khawatir, marah, cemas, dan kesedihan dapat menghambat aliran energi yang mengakibatkan rasa nyeri (Siwi & Susanti, 2019)

2. Tujuan

Tujuan dilakukan relaksasi genggam jari yaitu untuk menurunkan tingkat kecemasan, rasa khawatir, dan mengendalikan emosi pasien serta menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan (Hayat et al., 2020). Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan antara lain:

- 1) Genggaman pada ibu jari bermanfaat untuk mengurangi kekhawatiran, manfaat tambahan untuk depresi, kebencian, obsesi, kecemasan, perlindungan diri, hingga merevitalisasi kelelahan fisik. Genggaman pada jari telunjuk memiliki tujuan mengurangi rasa takut, selain itu, dapat membantu pada kondisi depresi, frustrasi, masalah pencernaan, eliminasi, dan ketidaknyamanan. Genggaman pada jari tengah secara umum berfungsi untuk mengatasi kemarahan, mengurangi rasa mudah

tersinggung, tidak stabil, kelelahan umum dan ketidaknyamanan pada dahi. Genggaman pada jari manis berfungsi secara umum untuk mengatasi kesedihan, fungsi tambahan untuk mengatasi perasaan negatif, kenyamanan pernafasan dan ketidaknyamanan pada telinga. Sementara itu, genggaman pada jari kelingking mempunyai manfaat untuk mengurangi rasa tidak nyaman, relaksasi dan gangguan pada pencernaan (Evrianasari & Yosaria, 2019)

- 2) Penelitian yang dilakukan oleh (Norma et al., 2019) menjelaskan bahwa hasil dari Perlakuan relaksasi genggaman jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen nonnosiseptor sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang.
- 3) Berlatih genggaman jari dapat membantu untuk mengelola emosi dan stres. Hasil penelitian (Satriana & Pipit, 2020) dengan hasil nilai p kelompok terapi genggaman jari sebesar $0.000 < 0.05$, maka H_0 diterima, artinya terdapat pengaruh yang bermakna antara terapi genggaman jari dengan tingkat kecemasan.

3. Manfaat Relaksasi Genggaman Jari

Teknik relaksasi genggaman jari dilakukan dengan cara menggenggam kelima jari satu persatu dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking selama sekitar 3 menit. Sentuhan pada ibu jari dipercaya dapat meredakan kecemasan dan sakit kepala. Genggaman pada jari telunjuk dilakukan untuk meminimalisir frustrasi, rasa takut serta nyeri otot dan berhubungan langsung dengan ginjal. Jari tengah berhubungan erat dengan sirkulasi darah dan rasa lelah, sentuhan pada jari tengah menciptakan efek relaksasi yang mampu mengatasi kemarahan dan menurunkan tekanan darah serta kelelahan pada tubuh. Sentuhan pada jari manis dapat membantu mengurangi masalah pencernaan dan pernafasan juga dapat mengatasi energy negatif dan perasaan sedih. Jari kelingking berhubungan langsung dengan organ jantung dan usus kecil. Melakukan genggaman pada jari kelingking dipercaya dapat menghilangkan rasa gugup dan stres. Saat melakukan teknik relaksasi genggaman jari akan dihasilkan impuls yang

dikirim melalui saraf aferen non nosiseptor sebagai counter stimulasi dari rasa nyeri di korteks serebri, menyebabkan intensitas nyeri berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggaman jari yang terlebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. (Sari, 2020)

4. Mekanisme relaksasi genggaman jari

Relaksasi genggaman jari dapat membantu mengendalikan dan mengembalikan emosi. Ketenangan dalam diri individu disebabkan oleh relaksasi yang dapat membangun pikiran positif. Pikiran tersebut yang dapat menstimulasi otak untuk menghasilkan hormon endorfin dan menurunkan hormon kortisol (Utami & Lasati, 2018). Terapi genggaman jari akan menstimulasi pengeluaran hormon melatonin dan memproduksi zat β endorphin dan encephalin, keduanya mampu membuat tubuh menjadi rileks, tenang, rasa nyeri berkurang dan menimbulkan perasaan senang.

Menggenggam jari disertai dengan menarik nafas perlahan dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik masuk dan keluarnya energi pada meridian (saluran energi) yang berhubungan dengan organ-organ di dalam tubuh (Hayat et al., 2020). Titik refleksi pada tangan dapat memberikan rangsangan secara refleks pada saat genggaman. Rangsangan itu akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju ke otak kemudian diproses dengan cepat serta diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan pada jalur energi menjadi lancar (Siwi & Susanti, 2019).

Relaksasi genggaman jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Adanya stimulasi nyeri pada luka bedah menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut afaren nosiseptor ke substansi gelatinosa (pintu gerbang) di medula spinalis untuk selanjutnya melewati thalamus kemudian disampaikan ke kortek serebri dan diinterpretasikan sebagai nyeri. Perlakuan relaksasi genggaman jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen nosiseptor-

non nosiseptor. Serabut saraf non nosiseptor mengakibatkan “pintu gerbang” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang. Teori two gate control menyatakan bahwa terdapat satu pintu “pintu gerbang” di thalamus mengakibatkan stimulasi yang menuju konteks serebri terhambat sehingga intensitas nyeri berkurang untuk kedua kalinya (Evrianasari & Yosaria, 2019)

5. Teknik Relaksasi Genggam Jari

Menurut (Sulung & Rani, 2017) langkah-langkah pemberian teknik relaksasi genggam jari antara lain:

- 1) Posisikan pasien berbaring lurus pada tempat tidur, minta pasien untuk mengatur napas serta merileksasikan otot.
- 2) Peneliti duduk disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam jari hingga nadi pasien terasa berdenyut.
- 3) Pasien diminta untuk mengatur napas dengan hitungan mundur
- 4) Genggam ibu jari selama 3-5 menit dengan napas secara teratur kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari berikutnya dengan rentang waktu yang sama.

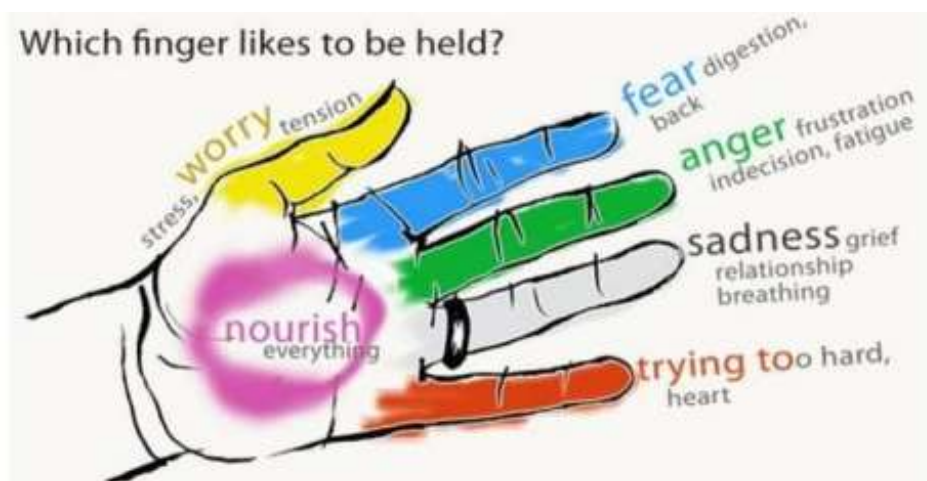
Setelah dilakukan relaksasi genggam jari (Post test)

- 1) Setelah kurang lebih 15-25 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain.
- 2) Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari ini sebanyak 3 kali dalam sehari.
- 3) Berikan reinforcement positif atas keberhasilan responden melakukan teknik relaksasi genggam jari.
- 4) Tes akhir dilakukan sama dengan melakukan tes awal dengan memberikan pertanyaan tentang perasaan yang dirasakan.
- 5) Catat serta dokumentasikan hasil observasi yang telah dilakukan kepada pasien.



Gambar 2.5 Teknik Relaksasi Genggam Jari

Sumber: (Sasmito, 2018)



Gambar 2.6 Titik Meredian Jari Tangan

Sumber: (Sari, 2020)

C. Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Apendiktomi

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal proses keperawatan. Hasil dari pengkajian merupakan dasar dari penentuan masalah keperawatan dan rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien. Pengkajian atau pengumpulan data mempunyai empat metode yaitu wawancara (anamnesis), observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan diagnostik (Diyono & Mulyanti, 2013)

a. Anamnesis

Anamnesis atau disebut juga wawancara merupakan suatu metode pengumpulan data dengan memberikan beberapa pertanyaan kepada pasien atau keluarga mengenai masalah yang dihadapi

1) Data demografi

Data demografi pada pengkajian meliputi identitas pasien seperti nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan,

pendidikan dan alamat serta identitas penanggung jawab yang terdiri dari nama, umur, hubungan dengan keluarga dan pekerjaan. Pengkajian umur penting karena berbagai penyakit saluran pencernaan dikaitkan dengan umur, misalnya penyakit radang usus buntu lebih banyak ditemukan pada umur 20-30 tahun, sedangkan pada anak terjadi umur 6-10 tahun

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan keluhan utama pasien secara kronologis, yaitu waktu, pencetus, durasi, dan keadaan pasien saat ini. Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien post apendiktomi, yaitu nyeri pada insisi pembedahan serta letih dan tidak bisa beraktivitas atau imobilisasi sendiri. Pengkajian nyeri harus lengkap meliputi: P (provokatif/paliatif), yaitu faktor pencetus nyeri, bagaimana nyeri bisa bertambah dan berkurang; Q (*quality/quantity*), yaitu kualitas nyeri biasanya pasien post akan merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk atau disayat-sayat; R (*region/radiasi*), yaitu lokasi nyeri yang dirasakan dan nyeri menyebar atau pada satu titik; S (*severity/scale*), yaitu intensitas atau skala nyeri yang dirasakan dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) dimulai dari skala 0-10; dan T (*time*), yaitu kapan, berapa lama, durasi, dan frekuensi nyeri. Tanyakan juga pada pasien apakah pasien membuang gas (flatus), karena ini merupakan tanda penting yang menunjukkan fungsi usus normal.

b) Riwayat kesehatan dulu

Perlu dikaji adanya riwayat gangguan saluran pencernaan pada masa lalu pasien, seperti gangguan pada usus, lambung dan sebagainya. Biasanya pasien post apendiktomi memiliki kebiasaan makan-makanan yang rendah serat dan juga

makanan yang pedas. Tanyakan kepada pasien pernah sampai dirawat di rumah sakit atau tidak, berapa lama dan pulang dengan status apa. Selain itu, riwayat pembedahan juga perlu untuk dikaji baik pembedahan abdomen atau sistem yang lain

c) Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit saluran pencernaan bisa terjadi akibat pola kebiasaan keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan. Tanyakan apakah anggota keluarga memiliki penyakit yang sama dengan pasien dan biasanya tidak ada pengaruh ke penyakit keturunan seperti hipertensi, hepatitis, diabetes mellitus, tuberkulosis, dan asma.

b. Observasi

Observasi yaitu tindakan pengamatan kondisi, perilaku dan keadaan umum pasien pada rentang waktu tertentu. Observasi dilakukan untuk mendukung atau menguatkan data hasil dari anamnesis yang kurang jelas. Misalnya, pada pasien post apendektomi yang mengeluh nyeri, maka untuk mendukung keluhan pasien tersebut perawat mengobservasi perilaku pasien, seperti perilaku membatasi gerak, memegang area nyeri secara terus-menerus dan sebagainya. Observasi juga bisa dengan menggunakan alat misalnya mengobservasi suhu pasien menggunakan termometer, mengukur tekanan darah menggunakan sfigmomanometer dan sebagainya (Diyono & Mulyanti, 2013). Pasien post apendektomi biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awitan awal post.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan bagian fisik dari pasien menggunakan alat ataupun tidak dengan alat. Berikut pemeriksaan fisik pada pasien post apendektomi meliputi (Setiawan, 2018, hlm. 32-34):

1) Keadaan umum

Pasien post apendiktomi mencapai kesadaran penuh atau composmentis, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode nyeri. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali pasien yang mengalami perforasi apendiks.

2) Sistem pernafasan

Pasien akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas serta pernafasan dangkal, sesuai yang dapat ditoleransi oleh pasien, tidak ada penggunaan otot bantu napas, retraksi dinding dada, tidak terdapat suara napas tambahan.

3) Sistem kardiovaskuler

Umumnya pasien mengalami takikardi sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia, pasien juga mengalami hipertensi sebagai respon terhadap nyeri ataupun hipotensi karena kelemahan dan tirah baring. Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji keadaan konjungtiva, ada tidaknya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

4) Sistem pencernaan

Tampak adanya luka bekas operasi di area abdomen. Saat dipalpasi adanya nyeri pada luka operasi di area abdomen, penurunan bising usus (Saputro, 2018). Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Kaji kembalinya peristaltik setiap 4-8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal yaitu 5-30 x/menit bunyi keras pada masing-masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik kembali normal.

5) Sistem perkemihan

Awal post apendiktomi pasien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral selama periode awal post apendiktomi.

6) Sistem musculoskeletal

Secara umum, pasien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan merasa kaku. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

7) Sistem integumen

Tampak adanya luka bekas operasi di abdomen karena insisi bedah yang biasanya disertai juga dengan kemerahan.

8) Sistem persyarafan

Pasien tidak mengalami penyimpangan dalam persyarafan. Pengkajian fungsi persyarafan meliputi tingkat kesadaran, saraf kranial dan refleks.

d. Pemeriksaan Diagnostik

Perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan perlu untuk mempertimbangkan hasil analisis pemeriksaan penunjang atau prosedur diagnostik (Diyono & Mulyanti, 2013). Berikut ini jenis pemeriksaan yang dilakukan pada pasien yang mengalami masalah sistem pencernaan, yaitu:

1) Pemeriksaan Laboratorium

2) Pemeriksaan Radiologi

a) Rontgen Apendikogram;

b) Ultrasonografi (USG);

c) CT-Scan.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post apendektomi adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017a):

a. Nyeri akut (D. 0077)

Definisi Pengalaman sensorik atau emosional	Gejala dan tanda mayor Subjektif
---	---

<p>yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma); 2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan); 3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan). <p>Kondisi klinis terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kondisi pembedahan; 2) Cedera traumatis; 3) Infeksi; 4) Sindrom koroner akut; 5) Glaukoma. 	<p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tampak meringis b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) c) Gelisah d) Frekuensi nadi meningkat e) Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tekanan darah meningkat b) Pola napas berubah c) Nafsu makan berubah d) Proses berpikir terganggu e) Menarik diri f) Berfokus pada diri sendiri g) Diaforesis
--	---

b. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)

<p>Definisi</p> <p>Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen.</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perubahan sirkulasi; 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan); 3) Kelebihan/kekurangan volume cairan; 4) Penurunan mobilitas; 5) Bahan kimia iritatif; 	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nyeri b) Perdarahan c) Kemerahan d) Hermatoma
---	--

<p>6) Suhu lingkungan yang ekstrem;</p> <p>7) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan);</p> <p>8) Efek samping terapi radiasi;</p> <p>9) Kelembaban;</p> <p>10) Proses penuaan;</p> <p>11) Neuropati perifer;</p> <p>12) Perubahan pigmentasi;</p> <p>13) Perubahan hormonal;</p> <p>14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.</p> <p>Kondisi klinis terkait</p> <p>1) Imobilitas;</p> <p>2) Gagal jantung kongesif;</p> <p>3) Gagal ginjal;</p> <p>4) Diabetes melitus;</p> <p>5) Imunodefisiensi (mis. AIDS);</p> <p>6) Kateterisasi jantung.</p>	
--	--

c. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

<p>Definisi</p> <p>Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Penyebab</p> <p>1) Kerusakan integritas struktur tulang;</p> <p>2) Perubahan metabolisme;</p> <p>3) Ketidakbugaran fisik;</p> <p>4) Penurunan kendali otot;</p> <p>5) Penurunan massa otot;</p> <p>6) Penurunan kekuatan otot;</p> <p>7) Keterlambatan perkembangan;</p> <p>8) Kekakuan sendi;</p> <p>9) Kontraktur;</p> <p>10) Malnutrisi;</p>	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif</p> <p>Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <p>a) Nyeri saat bergerak</p> <p>b) Enggan melakukan pergerakan</p> <p>c) Merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif</p>
--	--

11) Gangguan musculoskeletal; 12) Gangguan neuromuscular; 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia; 14) Efek agen farmakologis; 15) Program pembatasan gerak; 16) Nyeri; 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik; 18) Kecemasan; 19) Gangguan kognitif; 20) Keengganan melakukan pergerakan; 21) Gangguan sensori-persepsi. Kondisi klinis terkait 1) Stroke; 2) Cedera medula spinalis; 3) Trauma; 4) Fraktur; 5) Osteoarthritis; 6) Osteomalasia; 7) Keganasan.	a) Nyeri saat bergerak b) Enggan melakukan pergerakan c) Merasa cemas saat bergerak
--	---

d. Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Penyebab 1) Ketidakmampuan menelan makanan; 2) Ketidakmampuan mencerna makanan; 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi; 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme; 5) Faktor ekonomi (mis, finansial	Gejala dan tanda mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal Gejala dan tanda minor Subjektif a) Cepat kenyang setelah makan b) Kram/nyeri abdomen c) Nafsu makan menurun Objektif
--	--

<p>tidak mencukupi);</p> <p>6) Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan).</p> <p>Kondisi klinis terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke; 2. Parkinson; 3. <i>Mobius syndrome</i>; 4. <i>Celebral palsy</i>; 5. <i>Cleft lip</i>; 6. <i>Cleft palate</i>; 7. <i>Amyotropic lateral sclerosis</i>; 8. Kerusakan neuromuskular; 9. Luka bakar; 10. Kanker; 11. Infeksi; 12. AIDS; 13. Penyakit Crohn's; 14. Enterokolitis; 15. Fibrosis kistik. 	<ol style="list-style-type: none"> a) Bising usus hiperaktif b) Otot pengunyah lemah c) Otot menelan lemah d) Membran mukosa pucat e) Sariawan f) Serum albumin turun g) Rambut rontok berlebihan h) Diare
--	--

e. Risiko infeksi (D.0142)

<p>Definisi</p> <p>Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p> <p>Faktor risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus); 2) Efek prosedur invasi; 3) Malnutrisi; 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: <ol style="list-style-type: none"> a) Gangguan peristaltik; b) Kerusakan integritas kulit; c) Perubahan sekresi pH; 	
---	--

<p>d) Penurunan kerja siliaris; e) Ketuban pecah lama; f) Ketuban pecah sebelum waktunya; g) Merokok; h) Statis cairan tubuh.</p> <p>6) Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder:</p> <p>a) Penurunan homolobin; b) Imununosupresi; c) Leukopenia; d) Supresi respon inflamasi; e) Vaksinasi tidak adekuat.</p> <p>Kondisi klinis terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AIDS; 2. Luka bakar; 3. Penyakit paru obstruktif; 4. Diabetes melitus; 5. Tindakan invasi; 6. Kondisi penggunaan terapi steroid; 7. Penyalahgunaan obat; 8. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW); 9. Kanker; 10. Gagal ginjal; 11. Imunosupresi; 12. <i>Lymphedema</i>; 13. Leukositopenia; 14. Gangguan fungsi hati. 	
--	--

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan atau perlakuan yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

Tabel 2.1
Perencanaan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Intervensi Pendukung
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian analgetik 2. Aromaterapi 3. Dukungan hipnosis diri 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen kenyamanan lingkungan 13. Manajemen medikasi 14. Pemantauan nyeri 15. Pemberian obat 16. Pemberian obat intravena 17. Pemberian obat oral 18. Pengaturan posisi 19. Perawatan kenyamanan 20. Teknik distraksi 21. Teknik imajinasi terbimbing 22. Terapi akupresur

	<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. <p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif • Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan • Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya • Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan • Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan • Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi • Gunakan pakaian longgar • Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama • Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih • Anjurkan mengambil posisi nyaman • Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi • Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih • Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	<p>23. Terapi akupuntur</p> <p>24. Terapi murattal</p> <p>25. Terapi musik</p> <p>26. Terapi pemijatan</p> <p>27. Terapi relaksasi</p>
--	--	--

<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan luka insisi bedah (D.0129)</p>	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan • Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik • Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien • Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari • Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi • Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein • Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan perawatan diri 2. Edukasi perawatan diri 3. Edukasi perawatan kulit 4. Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan 5. Edukasi Pola Perilaku Kebersihan 6. Edukasi Program Pengobatan 7. Konsultasi 8. Latihan Rentang Gerak 9. Manajemen Nyeri 10. Pelaporan Status Kesehatan 11. Pemberian Obat 12. Pemberian Obat Intravena 13. Pemberian Obat Kulit 14. Pemberian Obat Topikal 15. Penjahitan Luka 16. Perawatan Area Insisi 17. Perawatan Imobilisasi 18. Perawatan Luka Tekan 19. Teknik Latihan Penguatan Otot dan Sendi
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)</p>	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 2. Dukungan Perawatan Diri 3. Edukasi Latihan Fisik 4. Edukasi Teknik Ambulasi 5. Latihan Otogenik

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) • Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi • Anjurkan melakukan ambulasi dini • Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Manajemen Energi 7. Manajemen Lingkungan 8. Manajemen Nutrisi 9. Manajemen Nyeri 10. Manajemen Medikasi 11. Manajemen Program Latihan 12. Manajemen Sensasi Perifer 13. Pemberian Obat Intravena 14. Pencegahan Jatuh 15. Pengaturan Posisi 16. Promosi Kepatuhan Program Latihan 17. Promosi Latihan Fisik 18. Teknik Latihan Penguatan Otot 19. Teknik Latihan Penguatan Sendi 20. Terapi Aktivitas 21. Terapi Pemijatan 22. Terapi Relaksasi Otot Progresif
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric • Monitor asupan makanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi Diet 2. Konseling Nutrisi 3. Konsultasi 4. Manajemen cairan 5. Manajemen Diare 6. Manajemen Eliminasi Fekal

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai • Hentikan makan melalui selang jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Manajemen Energi 8. Manajemen Gangguan Makan 9. Manajemen Hiperglikemia 10. Pemantauan Reaksi Alergi 11. Pemantauan Cairan 12. Pemantauan Nutrisi 13. Pemantauan Tanda Vital 14. Pemberian Makanan 15. Pemberian Makanan Enteral 16. Pemberian Makanan Parenteral 17. Pemberian Obat Intravena
Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasi (D.0142)	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan luka 2. Manajemen lingkungan 3. Pemantauan nutrisi 4. Pemberian obat intravena 5. Pengatura posisi 6. Pemantauan tanda-tanda vital 7. Perawatan area insisi

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019a)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan proses keperawatan untuk melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya (Andarmoyo, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari suatu proses keperawatan yang bertujuan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan dan hasil yang diharapkan (Andarmoyo, 2013). Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah mengacu kepada luaran keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019a).

Tabel 2.2
Luaran Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Tujuan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan. Ekspektasi: Menurun Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Kesulitan tidur menurun • Menarik diri menurun • Berfokus pada diri sendiri menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola napas membaik • Tekanan darah membaik • Nafsu makan membaik • Pola tidur membaik • Mutah menurun
Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan luka insisi bedah (D.0129)	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Definisi: Keutuhan kulit (dermis dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen). Ekspektasi: Meningkatkan Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elastisitas meningkat • Hidrasi meningkat

	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusi jaringan meningkat • Kerusakan jaringan menurun • Kerusakan lapisan kulit menurun • Nyeri menurun • Perdarahan menurun • Kemerahan menurun • Hematoma menurun • Pigmentasi abnormal menurun • Jaringan parut menurun • Nekrosis menurun • Suhu kulit membaik • Sensasi membaik • Tekstur membaik
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik (L.05042) Definisi: Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Ekspektasi: Meningkatkan Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas meningkat • Kekuatan otot meningkat • Rentang gerak (ROM) meningkat • Nyeri menurun • Kecemasan menurun • Kaku sendi menurun • Gerakan terbatas menurun • Kelemahan fisik menurun
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L.03030) Definisi: Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Ekspektasi: Membaik Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makanan yang dihabiskan meningkat • Kekuatan otot mengunyah meningkat • Kekuatan otot menelan meningkat • Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat • Nyeri abdomen menurun • Diare menurun • Berat badan indeks massa tubuh (IMT) membaik • Frekuensi makan membaik • Nafsu makan membaik • Bising usus membaik • Tebal lipatan kulit trisep membaik • Membran mukosa membaik
Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasi (D.0142)	<p>Tingkat Infeksi (L.14137) Definisi: Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi. Ekspektasi: menurun Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demam menurun

	<ul style="list-style-type: none"> • Kemerahan menurun • Nyeri menurun • Bengkak menurun • Kadar sel darah putih membaik • Vesikel menurun • Cairan berbau busuk menurun • Sputum berwarna hijau menurun • Drainase puluren menurun • Piuna menurun • Periode malaise menurun • Periode menggigil menurun • Lelargi menurun • Gangguan kognitif menurun • Kadar sel darah putih membaik • Kultur darah membaik • Kultur urine membaik • Kultur sputum membaik • Kultur area luka membaik • Kultur feses membaik
--	--

Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019a)

D. Tinjauan Ilmiah Artikel

Tabel 2.3
Tinjauan Ilmiah Akhir

No.	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Klien Post Operasi Apendisitis; (Norma et al., 2019)	D: Desain penelitian menggunakan pre-eksperimental dengan pendekatan Non-equivalent Control Group Design S: sampling menggunakan total sampling. sampel sebanyak 36 responden V: variabel bebas: skala nyeri dan variabel terikat: tehnik relaksasi genggam jari I: SOP tehnik relaksasi genggam jari A: uji wilcoxon	Analisis statistik menggunakan Paired sample t test untuk menguji pengaruh pre test - post test dan menggunakan Independent sample t test untuk menguji perbedaan pada intervensi dan kontrol dengan taraf signifikansi 0,05
2.	Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Perubahan Skala Nyeri pada Pasien Post Appendiktomi Di Ruang Dahlia RSUD Dr. T.C. Hillers Maumere; (Dikson et al., 2019)	D: preekspereimen dengan pendekatan <i>one-group pre-post test design</i> . S: 20 pasien post appendiktomi V: variabel bebas: skala nyeri dan variabel terikat: relaksasi genggam jari I: <i>Numeric rating scale</i> (NRS). A: uji wilcoxon	Ada pengaruh relaksasi genggamjari terhadap perubahan skala nyeri pada pasien post apendiktomi di ruang Dahlia RSUD dr. T. C. Hillers Maumere

3.	Relaksasi Finger Hold untuk Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Appendektomi; (Aswad, 2020)	D: quasy experiment dengan teknik one group pretest dan posttest design S: 32 pasien posterasi appendiktomi V: variabel bebas: skala nyeri dan variabel terikat: relaksasi finger hold I: <i>Visual Analog Scale (VAS)</i> A: uji wilcoxon	Teknik relaksasi Finger Hold mampu untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pada pasien posterasi appendiktomi.
4.	Pengaruh Tehnik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Post Appendictomy di Ruang Irna Iii RSUD P3 Gerung Lombok Barat; (Hayat et al., 2020)	D: Penelitian menggunakan Pre-experimental design one group <i>pre-test post-test design</i> . S: Pengambilan sampel menggunakan teknik non probability sampling dengan pendekatan <i>consecutive sampling</i> dengan jumlah sample 19 V: variabel bebas: skala nyeri dan variabel terikat: tehnik relaksasi genggam jari I: SOP tehnik relaksasi genggam jari A: perhitungan menggunakan uji Wilcoxon Signed RanksTest dengan nilai p value = $0,000 < \alpha 0,05$	Terdapat pengaruh tehnik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien post operasi appendiktomy di Ruang Irna III RSUD P3 Gerung Lombok Barat dengan nilai p value = $0,000 < \alpha 0,05$ dengan perhitungan menggunakan uji <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> .
5.	Penurunan Skala Nyeri Pasien Post-Op Appendictomy Menggunakan Teknik Relaksasi Genggam Jari; (Wati & Ernawati, 2020)	D: deskriptif dengan pendekatan studi kasus S: 2 pasien post <i>Appendictomy</i> H+1, V: variabel bebas: skala nyeri dan variabel terikat: tehnik relaksasi genggam jari I: <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> A: -	Teknik relaksasi genggam jari mampu menurunkan skala nyeri pada pasien posterasi <i>appendectomy</i> .
6.	Literatur Review: Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penurunan Tingkat Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Appendiktomi (Septiyani & Wirotomo, 2021)	D: <i>literature review</i> S: tiga artikel dari laman google scholar V: variabel bebas: intensitas nyeri dan variabel terikat: mobilisasi dini I:- A: Analisis univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi	Hasil analisa dari tiga artikel menunjukkan mean tingkat nyeri sebelum dan sesudah intervensi 6,75 menjadi 3,68 dengan <i>p-value</i> $<0,05$. Simpulan mobilisasi dini efektif terhadap penurunan skala nyeri pada pasien posterasi appendiktomi.
7.	Perbandingan Kejadian Komplikasi Pasca Operasi pada Pasien Apendisititis Akut Setelah Dilakukan Apendektomi Terbuka dan Laparoskopi Di RS Royal Taruma Tahun 2018-2021;	D: <i>cross sectional</i> S: 46 pasien dengan apendektomi terbuka dan 46 pasien dengan apendiktomi laparoskopi V: variabel bebas: tindakan apendektomi terbuka/ apendektomi laparoskopi dan variabel terikat: kejadian	Terdapat perbandingan prevalensi komplikasi pasca operasi pada pasien apendisititis akut yang dilakukan tindakan apendektomi terbuka dan apendektomi laparoskopi.

	(Kolondang & Jeffrey, 2022)	komplikasi pasca operasi I: - A: tabulasi untuk mendapatkan nilai mean dan median.	
8.	Implementasi Keperawatan pada Pasien Post Operasi Apendisitis dengan Masalah Nyeri Akut; (Mediarti et al., 2022)	D: deskriptif dalam bentuk studi kasus S: 2 pasien post operasi apendisitis V: variabel bebas: skala nyeri dan variabel terikat: teknik relaksasi napas dalam, pengaturan posisi semi fowler dan tindakan kolaborasi pemberian obat I: <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> A: -	Terjadi penurunan skala nyeri dimana pasien 1 nilai skala nyeri pre adalah 5 dan nilai post turun menjadi 2 dan pasien 2 dengan nilai skala nyeri pre adalah 6 turun menjadi 2 pada nilai post nya . Implementasi keperawatan mengkaji nyeri, teknik relaksasi napas dalam, mengatur posisi semi fowler dan kolaborasi pemberian obat untuk mengurangi nyeri akut yang dirasakan pasien.
9.	Pengaruh Intervensi <i>Gate Control: Massase Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Apendisitis;</i> (Rismawati et al., 2022)	D: pra eksperimental dengan pendekatan <i>One Group Pretest-Posttest</i> S: 22 pasien post apendisitis V: variabel bebas: intensitas nyeri dan variabel terikat: <i>Gate Control: Massase</i> I: lembar observasi A: uji wilcoxon	Ada pengaruh intervensi gate control: massase terhadap intensitas nyeri pada pasien post apendisitis di Ruang Bedah RSUD Syekh Yusuf Gowa.
10.	Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Apendektomi dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman; (Ningrum & Fitriyani, 2022)	D: deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus S: 1 orang pasien post operasi apendektomi V: variabel bebas: skala nyeri dan variable terikat: relaksasi genggam jari I: - A: -	Pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien post operasi apendektomi dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman selama 3 hari didapatkan hasil penurunan skala nyeri pada pasien dari skala nyeri 7 menjadi 3. Sehingga relaksasi genggam jari ini dapat dijadikan rekomendasi untuk pasien post operasi apendektomi yang menjalani perawatan di rumah sakit dengan keluhan nyeri pada bagian perut kanan bawah.