

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Tinjauan Konsep Appendiktomi**

##### **1. Pengertian Appendiktomi**

Appendiktomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan apendik. Appendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi (Haryono, 2012).

Post appendiktomi merupakan peristiwa setelah dilakukannya tindakan pembedahan pada apendik yang mengalami inflamasi. Kondisi post operasi dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Pasien yang telah menjalani pembedahan dipindahkan ke ruang perawatan untuk pemulihan post pembedahan (memperoleh istirahat dan kenyamanan) (Haryono, Rudi & Putri, 2018).

##### **2. Etiologi**

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita apendisitis dikarenakan apendik mengalami peradangan. Apendiks yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus. Disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks dan cacing askariasis dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis ialah erosi mukosa apendiks akibat parasite seperti *E. histolytica* (Sjamsuhidajat, 2017).

##### **3. Macam-macam Appendiktomi**

###### **a. Apendik laparatomi**

Apendik laparatomi merupakan cara pembedahan yang konvensional atau terbuka, dilakukan dengan membuat irisan pada bagian perut sebelah kanan bawah. Panjang sayatan kurang dari 3 inci atau 7,6 cm. Dokter bedah

mengidentifikasi semua organ – oragan dalam perut dan memeriksa adanya kelainan organ atau penyakit lainnya. Lokasi apendiks ditarik kebagian yang terbuka, lalu memisahkan apendiks dari semua jaringan yang ada disekitarnya dan diletakan pada sekum kemudian menghilangkannya. Jaringan tempat apendiks yang menempel sebelumnya yaitu sekum, ditutup dan dimasukan kembali kedalam perut. Lapisan otot dan kulit kemudian dijahit.

#### b. Appendiktomi Laparaskopi

Appendiktomi laparaskopi yaitu tindakan yang dilakukan dengan membuat tiga lubang sebagai akses pembedahan. Lubang yang pertama dibuat dibawah pusar, berfungsi untuk memasukkan kamera super mini yang sudah terhubung dengan layer monitor ke dalam tubuh, lewat lubang tersebut sumber cahaya dimasukkan, sementara dua lubang yang lain diposisikan sebagai jalan masuk untuk peralatan bedah seperti penjepit atau gunting. Kemudian kamera dan alat-alat khusus dimasukkan melalui sayatan-sayatan tersebut, ahli bedah mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi apendiks. Lalu apendiks dipisahkan dari semua jaringan yang melekat, apendiks diangkat dan dipisahkan dari sekum. Apendiks dikeluarkan melalui salah satu sayatan tersebut.

### **4. Manifestasi Klinik**

Pasien yang dilakukan tindakan post op apendikomi akan muncul berbagai manifestasi klinik seperti :

- a. Nyeri pada luka post op
- b. Mual
- c. Muntah
- d. Nafsu makan menurun
- e. Perubahan tanda-tanda vital
- f. Gangguan integritas kulit
- g. Demam tidak terlalu tinggi
- h. Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri
- i. Biasanya terdapat konstipasi dan terkadang mengalami diare

### **5. Patofisiologi**

Tanda patogenik primer diduga karena adanya obstruksi lumen yang menjadi langkah awal terjadinya radang pada apendiks. Obstruksi menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbedung sehingga meningkatkan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut menyebabkan apendiks mengalami hipoksia, hambatan aliran limfe, ulserasi mukosa dan invasi bakteri (Mardalena, 2018). Appendiktomi atau pembedahan pada apendiks harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko terjadinya perforasi lebih lanjut. Tindakan appendiktomi dapat menyebabkan adanya luka insisi pada abdomen sehingga terjadinya perubahan kontinuitas jaringan atau kerusakan integritas jaringan dan kulit akan menimbulkan nyeri. Saat terjadinya trauma pada jaringan, tubuh akan merespon untuk melakukan proses penyembuhan pada area tersebut. Proses penyembuhan jaringan untuk kembali pada keadaan semula melalui tiga fase. Fase pertama yaitu fase inflamasi, fase inflamasi dimulai setelah terjadi cedera dan akan berlangsung selama tiga sampai enam hari. Pada fase inflamasi terjadi dua proses yaitu hemostasis dan fagositosis. Hemostasis (penghentian perdarahan) akibat dari vasokonstriksi pembuluh darah besar pada area yang terkena, sedangkan fagositosis adalah penghancuran mikroorganisme dan debris sel.

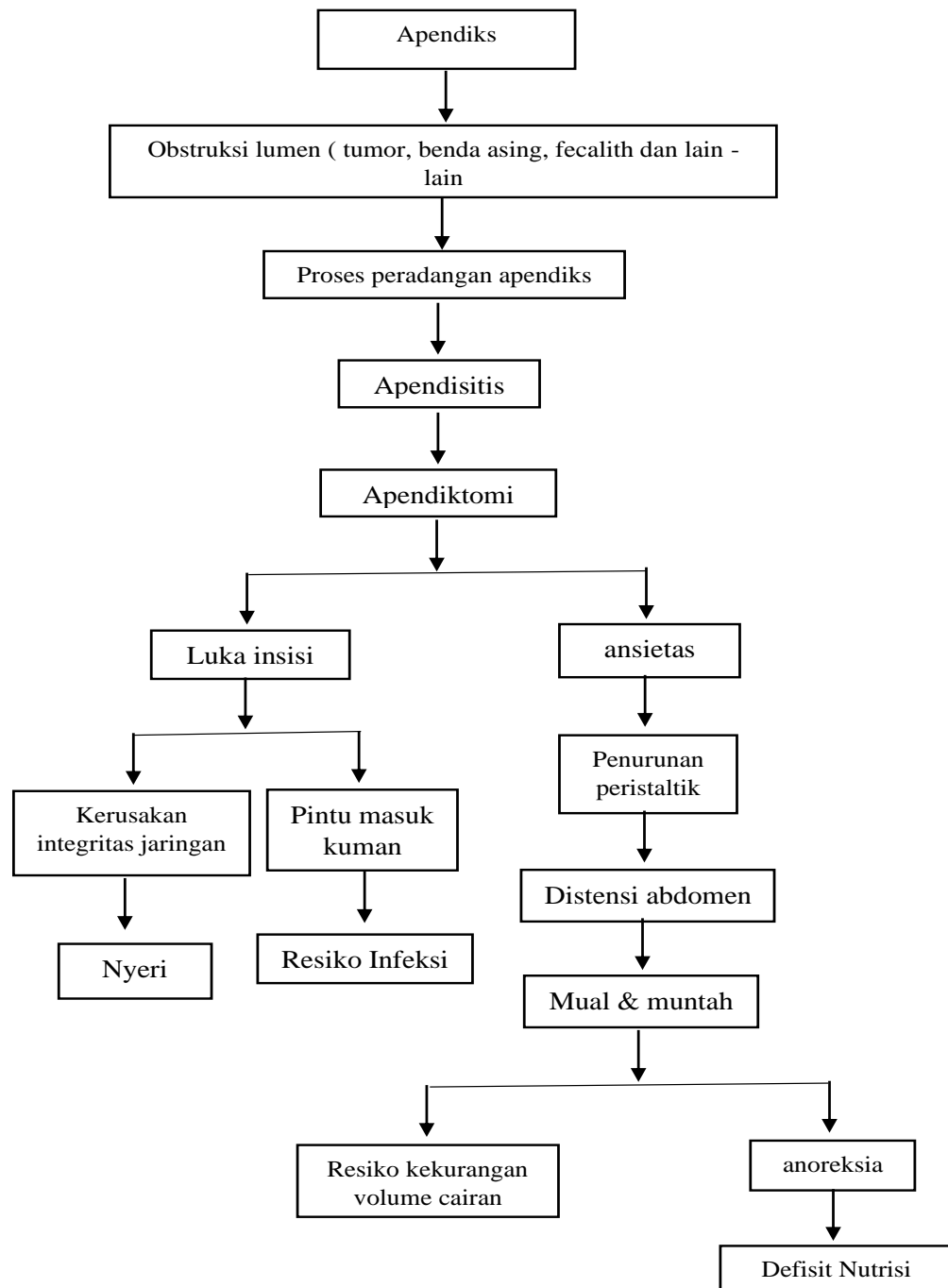
Fase kedua yaitu fase proliferasi, fase ini terjadi pada hari ke tiga sampai hari ke dua puluh satu setelah cedera. Pada fase ini fibroblast (sel jaringan ikat) bermigrasi ke luka dalam waktu 24 jam setelah cedera terjadi yang bertujuan untuk mensintesis kolagen, selanjutnya, pembuluh darah kapiler akan tumbuh melewati luka dan meningkatkan aliran darah. Apabila pembuluh darah kapiler sudah terbentuk, jaringan akan terlihat merah cerah yang disebut dengan jaringan granulasi yang rapah dan mudah berdarah. Fase penyembuhan yang ketiga yaitu fase maturasi, fase yang terjadi sekitar hari ke dua puluh satu dan biasanya berlangsung selama satu dua tahun setelah terjadinya cedera. Pada fase ini fibroblast terus melakukan sintesis pada kolagen. Serat-serat kolagen yang awalnya memiliki bentuk yang tidak beraturan akan berubah menjadi struktur jaringan yang teratur. Selama proses maturasi jaringan, luka akan mengalami perubahan bentuk dan konstiksi (Kurnia & Sahuri Teguh, 2021). Luka post op

dapat mengalami infeksi apabila terdapat kuman ataupun bakteri yang masuk pada luka tersebut. Selain itu, tindakan post op appendiktomi juga dapat menimbulkan asnietas sehingga terjadinya penurunan peristaltic pada usus, ditandai dengan distensi abdomen, merasakan mual dan muntah, anoreksia yang bisa mengakibatkan terjadinya ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh atau defisit nutrisi (Haryono, Rudi & Putri, 2018).

## **6. Komplikasi Appendiktomi**

Apendisitis merupakan penyakit yang jarang mereda dengan spontan, tetapi penyakit ini mempunyai kecenderungan menjadi progresif dan mengalami perforasi. Karena perforasi jarang terjadi dalam 8 jam pertama, maka observasi aman untuk dilakukan dalam masa tersebut. Tanda-tanda perforasi meliputi meningkatnya nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang terlokalisasi, ileus, demam, malaise atau leukositosis semakin jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak pasien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakan dengan pasti. Bila terjadi peritonitis umum, terapi spesifik yang dilakukan adalah operasi untuk menutup asal perforasi. Sedangkan tindakan lain sebagai penunjang : tirah baring dalam posisi *fowler medium*, pemasangan NGT (*Naso Gastric Tube*), puasa koreksi cairan dan elektrolit, pemberian penenang, pemberian antibiotik berspektrum luas dilanjutkan dengan pemberian antibiotik yang sesuai dengan kultur, transfuse untuk mengatasi anemia, dan penanganan syok septic secara intensif, bila ada. Bila terbentuk abses apendiks akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung ke arah rectum atau vagina. Hal ini harus dicurigai bila ditemukan demam sepsis, menggigil, hepatomegalim dan icterus setelah terjadi perforasi apendiks. Pada keadaan ini diindikasikan pemberian antibiotik kombinasi dengan drainase. Komplikasi lain yang terjadi ialah *abses subfrenikus* dan fokal sepsis intraabdominal lain. Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlengketan (Harefa et al., 2023)

## **7. Pathway pada post appendiktomi**



**Gambar 2.1 Pathway Pasien Post Apendiktomi**

Sumber: (Haryono, Rudi & Putri, 2018)

## **B. Tinjauan Konsep Nyeri Post Operasi Apendiktomi**

### **1. Konsep Nyeri**

Nyeri adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambar dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). *International Association For The Study of Pain* atau IASP mendefinisikan nyeri akut post operasi apendektomi sebagai salah satu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan yang actual ataupun potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry, 2017).

## **2. Teori Nyeri**

### **a. Teori Intensitas (*The Intensity Theory*)**

Nyeri adalah hasil rangsangan yang berlebihan pada reseptor. Setiap rangsangan sensori punya potensi untuk menimbulkan nyeri jika intensitas cukup kuat (Saifullah, 2015)

### **b. Teori Kontrol Pintu (*The Gate Control Theory*)**

Teori gate control dari Melzack dan Wall menyatakan bahwa implus nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang system saraf pusat, dimana implus nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan implus dihambat saat sebuah pertahanan ditutup (Andarmoyo, 2019)

### **c. Teori Pola (*Pattern Theory*)**

Teori pola diperkenalkan oleh *Goldscheider*, teori ini menjelaskan bahwa nyeri disebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulus reseptor yang menghasilkan pola dari implus saraf (Saifullah, 2015). Teori pola adalah rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal medulla spinalis dan rangsangan aktifitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang bagian yang lebih tinggi yaitu korteks serebri dan menimbulkan persepsi, lalu otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

### 3. Respon Terhadap Nyeri

#### a) Respon fisiologis terhadap nyeri

**Tabel 2.1**  
**Reaksi-reaksi Fisiologi Terhadap Nyeri**

<b>Respons</b>	<b>Akibat atau Efek</b>
<b>Stimulasi Simpatis</b>	
Dilatasi pembuluh bronkial dan peningkatan kecepatan pernapasan	Adanya peningkatan intake oksigen
Peningkatan denyut jantung	Adanya peningkatan transpor oksigen
Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Adanya peningkatan tekanan darah dengan perubahan suplai darah dari perifer dan visera menuju otot dan otak
Peningkatan kadar gula darah	Adanya ekstra energy
Diaforesis	Mengontrol suhu tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot untuk bergerak
Dilatasi pupil	Memberikan penglihatan yang lebih baik
Penurunan pergerakan pencernaan	Melepaskan energi untuk aktivitas lain yang harus dilakukan dengan segera
<b>Stimulasi Parasimpatis</b>	
Pucat	Menyebabkan adanya perubahan suplai darah dari perifer
Ketegangan otot	Akibat dari kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat dari stimulus vagal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh untuk menghindari gagal napas dalam keadaan stres yang berkepanjangan akibat nyeri

(Sumber : Potter & Perry,2017)

#### b) Respon perilaku terhadap nyeri

**Tabel 2.2**  
**Indikator- indikator Perilaku Terhadap Efek Nyeri**

Ekspresi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merintih</li> <li>2. Menangis</li> <li>3. Terengah-engah</li> <li>4. Mendekur</li> </ol>
Ekspresi wajah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meringis</li> <li>2. Gigi yang terkutup</li> <li>3. Dahi yang berkerut</li> <li>4. Mata atau mulut yang tertutup rapat atau terbuka lebar</li> <li>5. Menggigit bibir</li> </ol>
Gerakan tubuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah</li> <li>2. Tidak dapat bergerak</li> <li>3. Ketegangan otot</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Meningkatnya pergerakan tangan dan jari</li> <li>5. Aktivitas melangkah bolak-balik</li> <li>6. Gerakan menggosok atau mengusap</li> <li>7. Melindungi bagian tubuh tertentu</li> <li>8. Menggenggam atau memegang bagian tubuh tertentu</li> </ol>
Interaksi sosial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghindari percakapan</li> <li>2. Hanya berfokus kepada aktivitas yang mengurangi nyeri</li> <li>3. Menghindari kontak sosial</li> <li>4. Mengurangi interaksi dengan lingkungan</li> </ol>

(Sumber : Potter & Perry , 2017)

#### 4. Klasifikasi Nyeri

##### 1) Nyeri Akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung dari 3 bulan dan merupakan respons neurofisiologis terhadap cedera berbahaya yang seharusnya sembuh dengan penyembuhan normal. Contohnya termasuk nyeri pasca operasi, patah tulang, radang usus buntu, menghancurkan cedera pada jari, nyeri operasi dan nyeri persalinan (PAMI, 2017).

##### 2) Nyeri Kronik

Nyeri kronis didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan atau di luar perjalanan yang diharapkan dari penyakit akut atau setelahnya penyembuhan jaringan lengkap, Nyeri kronis melampaui waktu penyembuhan luka normal dengan perkembangan beberapa perubahan neurofisiologis pada saraf pusat system. Contohnya meliputi nyeri pinggan, nyeri leher dan pankreatitis kronis.

#### 5. Tanda dan gejala nyeri akut

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut :

##### a. Tanda dan gejala mayor

###### 1) Secara subjektif pasien menyeluh nyeri



2) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

b. Tanda dan gejala minor

1) Secara subjektif tidak ada gejala minor nyeri akut

2) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaphoresis. (PPNI, 2017)

## 6. Nyeri Appendiktomi

Nyeri pasca operasi merupakan salah satu penyebab tersering nyeri akut yang disebabkan oleh prosedur pembedahan atau keadaan patologis penyakit pasien. Pembedahan appendiktomi akan mengakibatkan rasa nyeri pada bagian abdomen akibat insisi pembedahan yang dilakukan tetapi kemungkinan sebab lain harus dipertimbangkan, nyeri tersebut cenderung ditandai oleh data subjektif nyeri daerah pusat menjalar ke daerah perut kanan bawah, mual, muntah, kembung, tidak nafsu makan, demam, tungkai kanan tidak dapat diluruskan, diare atau konstipasi, data objektif juga dapat ditemukan seperti nyeri tekan di titik mc. Burney, spasme otot, takikardi, pucat, gelisah, bising usus berkurang atau tidak ada. Nyeri tersebut dapat mengakibatkan sulit tidur, gangguan psikologis seperti kecemasan, nafsu makan berubah, menarik diri yang dapat menambah hari rawat pada pasien post operasi appendik (Harefa et al., 2023).

Nyeri appendiktomi merupakan suatu ancaman potensial atau actual kepada integritas seseorang baik bio-psiko-sosial. Nyeri merupakan salah satu keluhan tersering pada pasien yang mengalami suatu tindakan pembedahan. Nyeri yang timbul pada post operasi appendiktomi karena robeknya jaringan tubuh yang disebabkan oleh benda tajam atau tumpul yang membuat ujung-ujung saraf rusak atau terputus (Simamora et al., 2021)

## 7. Mekanisme Terjadinya Nyeri pada pasien Appendiktomi

Fisiologis terjadinya nyeri melalui empat tahapan yaitu :

### 1) Transduksi

Transduksi adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktivitas listrik di reseptor nyeri. Selama fase transduksi, stimulus berbahaya seperti prostaglandin, bradykinin, serotonin, histamin dan substansi P. Neurotransmitter ini menstimulasi nosiseptor dan memulai transmisi nosiseptif. Obat nyeri dapat berkerja selama fase ini dengan menghambat prostaglandin.

### 2) Transmisi

Transmisi adalah suatu proses penyaluran implus nyeri dari temoat trasnduksi melewati saraf perifer sampai ke terminal medulla spinalis dan jaringan neuron-neuron pemancar yang naik dari medulla spinalis ke otak.

Transmisi meliputi tiga segmen. Segmen pertama, substansi P bertindak sebagai sebuah neurotransmitter yang meningkatkan pergerakan impuls menyebrangi sinaps saaraf dari neuron aferen primer ke neuron ordo kedua di kornu dorsalis medulla spinalis. Serabut C yang mentransmisikan nyeri tumpul yang berkepanjangan, dan serabut A-deltaa yang mentransmisikan nyeri tajam dan lokal.

Segmen kedua adalah transmisi dari medulla spinalis dan sendens, melalui traktus spinotalamus, ke batang otak dan talmus. Spinotalamus terbagi menjadi dua jalur khusus, yaitu *neospinothalamic* (NS) dan jalur *paleospinothalamic* (PS). Segmen ketiga melibatkan transmisi sinyal antara thalamus ke korteks sensoriksomatik tempat terjadinya presepsi nyeri.

### 3) Persepsi

Presepsi adalah pengalaman subjektif yang dihasilkan oleh aktivitas transmisi nyeri. Implies nyeri ditransmisikan melalui spinotalamus

menuju kepusat otak dimana persepsi ini terjadi. Sensasi nyeri yang ditransmisikan melalui *paleospinothalamic* (PS) menuju batang otak, hipotalamus, dan thalamus.

#### 4) Modulasi

Modulasi seringkali digambarkan sebagai system desendens, proses keempat ini terjadi saat neuron di batang otak mengirimkan sinyal menuruni kornuforsalis medulla spinalis. Serabut desendes ini melepaskan zat seperti *opioidendogen*, *serotonin* dan *norepinefrin* yang dapat menghambat naiknya impuls berbahaya di kornu dorsalis. Namun, neurotransmitter ini diambil kembali oleh tubuh, yang membatasi kegunaan analgesiknya.

#### 5) Kecemasan

Hubungan antara rasa sakit dan kecemasan adalah kompleks. Kecemasan sering meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan kecemasan. Stimulus yang mengaktifasi bagian dari system limbik yang diyakini dapat mengendalikan emosi, terutama kecemasan. Sistem limbik akan memproses reaksi emosional terhadap nyeri, yakni menghilangkan atau memperburuk nyeri.

### 8. Pengkajian Nyeri

Pengkajian karakteristik nyeri membantu dalam membentuk pengertian pola nyeri dan tipe terapi yang digunakan untuk mengatasi nyeri. Kriteria pengkajian nyeri yang biasa digunakan adalah metode pengkajian karakteristik nyeri dengan PQRST (Potter & Perry, 2017).

#### a. Faktor Pencetus (P : *Provocate*)

Mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada pasien, dapat juga melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera.

#### b. Kualitas (Q: *Quality*)

Merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh pasien, seringkali pasien mendeskripsikan nyeri dengan kalimay-kalimat :

tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, perih, tertusuk-tusuk, dan lain-lain.

c. Lokasi nyeri ( R : *Region*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta pasien untuk menunjukkan semua daerah yang dirasa tidak nyaman. Untuk melokalisasi nyeri dengan daerah nyeri dan titik yang paling nyeri, hendaknya menggunakan Bahasa anatomi atau istilah deskriptif.

d. Keparahan (S : *Severe*)

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai nyeri ringan, sedang atau parah. Alat VDS (*Verbal Descriptor Scale*) memungkinkan untuk memilih sebuah kataogori mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian *numeric (numeric Rating Scale, NRS)* digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata.

e. Durasi ( T : *Time*)

Lebih mudah untuk mendiagnosa sifat nyeri dengan mengidentifikasi faktor waktu. Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri tersebut muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

## 9. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Nyeri merupakan sesuatu yang rumit dan banyak faktor yang memengaruhi pengalaman nyeri seseorang. Menurut (Smeltzer, 2015) variable berikut ini yang mempengaruhi respon nyeri :

a. Usia

Usia merupakan faktor yang signifikan dalam rasa sakit, terutama pada anak-anak dan orang tua. Rasa sakit sulit bagi anak kecil untuk dipahami, juga untuk diungkapkan dan disampaikan.

b. Jenis kelamin

Laki-laki dapat mengabaikan rasa nyeri karena mengakui nyeri dapat dianggap sebagai tanda kelemahan atau kegagalan. Jenis kelamin dipengaruhi oleh faktor budaya dalam mengekspresikan nyeri, beberapa kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap seorang laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Demografi seperti usia, jenis kelamin, ras dan etnis semua telah dilaporkan memengaruhi nyeri persepsi. Secara keseluruhan, pasien yang mengidentifikasi sebagai wanita menampilkan sensitivitas lebih dari laki-laki menuju yang paling menyakitkan kondisi. Wanita juga percaya untuk mengekspresikan rasa sakit mereka lebih sering dan efektif daripada laki-laki.

c. Budaya

Sikap dan nilai budaya memengaruhi pengalaman nyeri seseorang dan bagaimana mereka menyesuaikan diri dengan hal tersebut. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri

d. Ansietas

Kecemasan biasanya meningkatkan rasa sakit seseorang. Untuk mengelola emosi, stimulan nyeri melibatkan area limbik. System limbik dapat menangani respons emosional terhadap rasa sakit, seperti peningkatan rasa sakit atau penghilang rasa sakit.

e. Pengalaman sebelumnya

Setiap orang belajar nyeri dari masalahnya. Jika individu sering mengalami nyeri yang sama dan nyeri tersebut dihilangkan secara efektif, individu tersebut akan dapat memahami rasa nyeri dengan lebih mudah. Akibatnya, pasien lebih siap menghadapi ketidaknyamanan. Jika pasien belum pernah mengalami nyeri, rasa nyeri yang pertama kali dapat mengganggu manajemen nyeri.

f. Efek Plasebo

Feel placebo Ketika seseorang percaya bahwa terapi atau tindakan akan memiliki efek, mereka mengalami efek placebo, ini bermanfaat untuk menerima perawatan atau mengambil tindakan sendiri

## 10. Penilaian Respons Intensitas Nyeri

### a. Intensitas nyeri

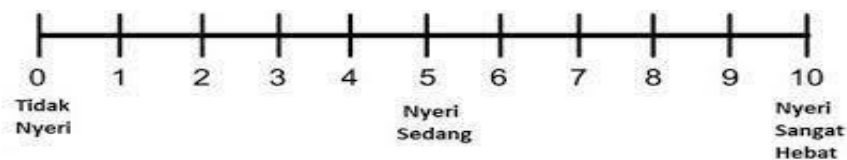
Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda,

Dalam pengkajian intensitas nyeri perawat akan meminta pasien untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal. Misal : tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, hebat atau sangat nyeri atau dengan membuat skala nyeri yang bersifat kualitatif menjadi bersifat kuantitatif dengan menggunakan skala 0-10, yang bermakna 0 = tidak nyeri dan 10 = nyeri sangat hebat. (Potter & Perry, 2017).

Penelitian ini menggunakan skala nyeri yaitu :

#### 1) *Numerical Rating Scale (NRS)*

Skala penilaian numerik *Numerical Rating Scale (NRS)* lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Pasien akan menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. “0” menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan ”10” menggambarkan nyeri yang sangat hebat. (Masithoh, 2019)



**Gambar 2.2 *Numerical Rating Scale (NRS)***

Sumber : (Kozier, Erb, 2020)

Keterangan :

0 = tidak nyeri, tidak ada keluhan nyeri

1-3 = nyeri ringan, ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat ditahan

4-6 = nyeri sedang, ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup untuk menahannya

7-10 = nyeri berat, ada nyeri, terasa sanga

## **11. Penatalaksanaan Nyeri Pada Pasien Appendiktomi**

Penatalaksanaan nyeri yang dapat dilakukan secara garis besar dapat dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologi dan non farmakologi. Pasien pasca operasi umumnya dapat merasakan nyeri hebat pada 12 – 24 jam pasca operasi karena pengaruh obat anestesi mulai menghilang. Nyeri juga dapat timbul bahkan setelah pemberian paruh waktu analgesik sekitar 2-6 jam setelahnya tergantung keadaan pasien (Malla Avila,2022). Sehingga perlu dilakukan penatalaksanaan pada pasien pasca operasi untuk mengatasi nyeri yang dirasakan baik secara farmakologi maupun non farmakologi sebagai pendamping (Cahyawati & Wahyuni, 2023).

### **a. Terapi Farmakologi**

Analgesik adalah metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Terapi farmakologis yang diberikan adalah sebagai berikut:

1. Non-narkotik dan obat antiinflamasi (NSAID)
2. Analgesik narkotik (morfin, kodein)
3. Obat tambahan (adjuvant)

Pemberian analgesic pada pasien pasca operasi dapat diberikan

### **b. Terapi Non-Farmakologis**

Penatalaksanaan secara farmakologi dapat dilakukan dengan pemberian analgesic atau obat penghilang rasa sakit. Namun, terkadang penggunaan obat dalam jangka Panjang dapat menyebabkan efek samping, sehingga terdapat pilihan terapi untuk mengurangi nyeri seperti non farmakologis sebagai kombinasi pengobatan farmakologis. Terapi non farmakologis memiliki keuntungan yakni mengurangi pengobatan analgesik, memberikan kontrol yang lebih besar kepada pasien. Terapi non farmakologis

dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat ataupun pasien (Swarjana, 2022).

Berikut ini adalah Teknik non farmakologis yang dapat dilakukan :

1) Bimbingan antisipasi

Bimbingan antisipasi merupakan kegiatan memberikan pemahaman kepada pasien mengenai nyeri yang dirasakan, pemahaman yang diberikan oleh perawat ini bertujuan memberikan informasi pada pasien dan menegah salah intervensi tentang peristiwa nyeri.

2) Kompres panas dan dingin

Terapi dingin dan panas diduga berkerja dengan menstimulasi resptor tidak nyeri dalam bidang resptor yang sama pada cedera. Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setmpat saja pada bagian tubuh tertentu subungga pembuluh darah melebar dan memperbaiki peredaran darah. Sedangkan terapi dingin dapat menurunkan prostatgladin yang memperkuat sensitivitas respetor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi.

3) Srimulus Saraf Elektritis Transkutan / TENS

TENS merupakan suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. Stimulasi saraf elektris transkutan ialah prosedur non invasive dan menggunakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis.

4) Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri. Teknik ini biasanya tidak efektifis diberikan pada pasien yang mengalami nyeri berat atau nyeri akut. Hal ini disebabkan pada nyeri berat atau akut, pasien tidak



berkonsentrasi dengan baik dan tidak cukup baik untuk ikut serta dalam aktifitas mental dan fisik yang kompleks.

5) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing ialah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup.

6) Akupuntur

Akupuntur adalah istilah yang dipakai untuk menggambarkan proses memasukkan jarum-jarum tajam pada titik-titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik.

7) *Massage*

*Massage* yaitu melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon atau ligament tanpa menyebabkan Gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi atau memperbaiki sirkulasi

8) Relaksasi

Relaksasi merupakan tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama, metode fisiologis ini dikembangkan untuk melawan ketegangan dan kecemasan yang disebut relaksasi progresif, yaitu terapi untuk mengurangi ketegangan otot.

9) Aromaterapi

Wangi yang dihasilkan aromaterapi akan menstimulasi thalamus untuk mengeluarkan enkafalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa nyeri alami. Enkafalin merupakan neuromodulator yang berfungsi menghambat rasa nyeri

fisiologis yang memberi efek menenangkan, menghilangkan rasa cemas, dan relaksasi, aromaterapi merupakan pemberian minyak esensial melalui inhalasi, pijatan dan kompres untuk meredakan nyeri, menurunkan tekanan darah, meningkatkan relaksasi dan kenyamanan (SIKI, 2018).

## **C. Konsep Back Massage**

### **1. Pengertian *Back Massage***

*Massage* merupakan tindakan melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon atau ligamentum, tanpa menyebabkan pergerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi dan atau memperbaiki sirkulasi (Damayanti et al., 2019).

*Back massage* adalah salah satu Teknik memberikan tindakan *massage* pada punggung dengan usapan secara perlahan. Usapan dengan *lotion* atau balsam memberikan sensasi hangat dengan mengakibatkan dilatasi pada pembuluh darah lokal. Vasodilatasi peredaran darah pada area yang diusap sehingga aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa sakit serta menunjang proses penyembuhan luka (Trisnowiyanto, 2014).

### **2. Manfaat *Back Massage***

Pijat refleksi memberikan manfaat bagi system dalam tubuh yaitu stress, kurang tidur, nyeri kepala dan sebagainya menimbulkan ketegangan pada system saraf. Karena mempengaruhi system saraf, pijat refleksi juga dapat meningkatkan aktivitas vegetasi tubuh yang dikontrol oleh otak dan system saraf. Yakni system kelear hormonal, system peredaran darah, system pencernaan dan lain-lain. Pijat *back massage* yang dapat membuat tubuh rileks dapat menstimulus akson-akson serabut saraf ascendens ke neuron-neuron *Reticular Activating System* dan pada sistem neuroendokrin yaitu memelihara keseimbangan

tubuh melalui sekresi hormone-hormon oleh zat kimia ke dalam darah, seperti eksresi endoprin yang bermanfaat dalam menenangkan, mengurangi pengeluaran ketokelamin dan kadar kortikosteroid adrenal. Pemberian *back massage* sebagai pendamping terapi farmakologi dapat dilakukan setelah paruh waktu 4 jam pemberian obat analgetik sebagai upaya perpanjang toleransi nyeri dan mengurangi nyeri (Aeni, 2023).

### **3. Indikasi Dan Kontra Indikasi**

#### **a. Indikasi**

*Back Massage* dapat diberikan pada pasien yang mengalami gangguan tidur, pasien yang mengalami kecemasan, pasien yang sedang mengalami gejala stress dan pasien yang mengalami nyeri (Bonita, 2022). Pemberian stimulasi pada kulit yang benar dapat mengurangi persepsi nyeri dan membantu mengurangi ketegangan otot. (Potter & Perry, 2017). *Back massage* dapat dilakukan kapan saja misalnya sebelum tidur atau sebelum mandi untuk meningkatkan rasa nyaman pada pasien. Posisi pasien tengkurap atau jika ada indikasi pasien bisa miring untuk mendapat *massage* punggung. Pada pasien post operasi *back massage* dapat dilakukan pada 24 – 48 jam setelah post operasi (Harefa et al., 2023).

#### **b. Kontra Indikasi**

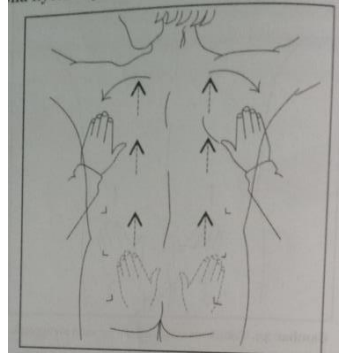
*Massage* punggung tidak dianjurkan pada pasien dengan kondisi fraktur tulang rusuk atau vertebrata, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit atau luka terbakar pada daerah punggung (Potter & Perry, 2017).

### **4. Teknik Back Massage**

#### **a. Eflourage (gosokan)**

Gerakan yang mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok. Bentuk telapak tangan dan jari-jari harus menyesuaikan dengan bagian tubuh yang

digosok, tangan menggosok secara supel menuju kearah jantung dengan dorongan dan tekanan.



#### b. *Petrissage* (pijatan)

Merupakan gerakan pijatan dengan mempergunakan empat jari merapat berhadapan dengan ibu jari yang selalu lurus dan supel.



Figure 3.10  
Petrissage: Fingertip kneading to supraspinatus.

Variasi *petrissage* yaitu

##### 1) *Kneading* (pijatan)

Merupakan suatu gerakan pijatan dengan mempergunakan satu tangan atau kedua belah tangan. Jaringan ditekan diantara telapak tangan dan jari-jari. Gerakan tangan lurus dan berganti-ganti dan tekanan harus selalu menuju kearah atas.

##### 2) *Wringing* (gosokan lipatan pindah)

Merupakan suatu gerakan pijatan dengan mempergunakan kedua belah tangan. Sikap tangan parallel pada otot yang bergerak berlawanan, sedang jari-jari yang ditarik dibengkokkan sedikit dengan otot ganti berganti diangkat dari samping. Teknik ini

banyak dilakukan di daerah kelompok otot-otot pantan, pinggan, punggung, dada, dan perut.

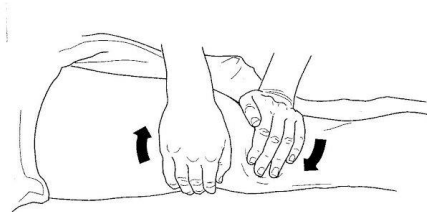


Figure 3.7  
Petrisage: Wringing to hamstrings.

24

### 3) *Shocking* (goncangan)

Merupakan suatu Gerakan dengan mempergunakan satu tangan atau kedua belah tangan dan biasanya dilakukan di daerah otot-otot paha, tungkai bawah, kaki, tengkuk, bahu, lengan atas dan bawah, tangan dan daerah perut. Bagian tubuh yang digoncang harus benar-benar lemas dan rileks dahulu.

### 4) *Tapotement* (pukulan)

Merupakan suatu Gerakan pukulan dengan mempergunakan satu tangan atau kedua belah tangan bergantian.



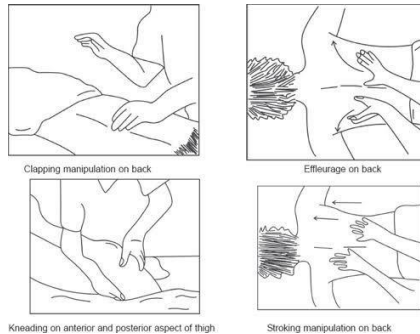
Figure 3.14  
Heavy tapotement: Hacking to quadriceps.

l  
4

#### Variasi *tapoment*:

- 1) *Breathing* adalah gerakan pukulan dengan mempergunakan jari-jari lemas dan mengenggam sikap pergelangan tangan dorso fleksi (menekuk kebelakang)

- 2) *Clapping* adalah suatu Gerakan pukulan dengan mempergunakan telapak tangan dan jari-jari yang membuat cekung, sikap pergelangan tangan palmar fleksi, bergerak ganti berganti.



- 3) *Hacking* adalah suatu Gerakan pukulan yang banyak memerlukan latihan, sehingga mencapai kemahiran
- 4) *Pounding* adalah suatu gerakan pukulan kombinasi antara *heacking* dan *breathing*. Jari – jari rileks, tangan jatuhnya seperti *hacking* dan jari kelima menyentuh permukaan tubuh yang dipukul.
- 5) *Friction* (gerusan) adalah suatu gerakan gerusan kecil-kecil yang dilakukan dengan mempergunakan ujung tiga jari, (jari telunjuk, jari tangan dan manis) yang merapat.
- 6) *Fibration* (getaran) adalah suatu gerakan getaran yang dilakukan dengan mempergunakan ujung jari-jari atau seluruh permukaan telapak tangan
- 7) *Stroking* (mengurut) adalah suatu gerakan mengurut dengan mempergunakan ujung-ujung tiga jari yang merapat (jari telunjuk, jari tangan dan manis), untuk menguatkan tekanan, tangan lain dapat membantunya.
- 8) *Skin-rolling* (melipat atau menggeser kulit) adalah suatu gerakan melipat atau menggeser kulit. Sikap pertama seperti mencubit, kemudian kulit digeserkan, jari-jari menekan bergerak maju, dan ibu jari menekan mendorong dibelakang. Gosokan punggung yang efektif memerlukan waktu 3 sampai 5 menit. Persiapan-

persiapan yang perlu diperhatikan antara lain persiapan alat, persiapan lingkungan, persiapan pasien dan persiapan perawat.



Figure 9.7 Skin rolling.

1) Persiapan alat

Alat-alat yang dibutuhkan adalah selimut untuk menjaga privasi pasien dan aplikasi pada kulit, *lotion* atau *baby oil* untuk mencegah terjadinya friksi saat dilakukan *massage*.

2) Persiapan lingkungan

Persiapan yang dilakukan adalah mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi pasien. Selain itu mengatur cahaya, suhu, dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi pasien.

3) Persiapan pasien

Persiapan pasien yang dilakukan adalah mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dan membuka pakaian pasien pada daerah punggung serta tetap menjaga privasi pasien. Posisi tengkurap, duduk atau berbaring miring. Sebelum melakukan *back massage*, perawat perlu mengidentifikasi terkait kondisi pasien, yaitu

- a) Mengkaji kondisi kulit, apakah ada kemerahan pada kulit atau inflamasi, luka bakar, luka terbuka dan fraktur tulang rusuk.
- b) Mengkaji tingkat kecemasan pada pasien sebelum operasi

4) Persiapan perawat

Perawat perlu menjelaskan tujuan dan mengajarkan tindakan *back massage* kepada pasien dan keluarga pasien, mengkaji kondisi pasien dan mencuci tangan sebelum melakukan tindakan untuk mempertahankan kebersihan dan menghindari perpindahan mikroorganisme.

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operatif Appendiktomi**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah langkah awal dari semua proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi pasien di rumah sakit. Data yang didapatkan yaitu data subjektif (data yang didapatkan melalui wawancara perawat kepada pasien) dan data objektif (data yang ditemukan melalui proses observasi dan pemeriksaan langsung perawat kepada pasien). Pengkajian pasien dengan post appendiktomi dilakukan dengan cara mengumpulkan data sebagai berikut.

#### **a. Riwayat penyakit**

- 1) Identitas pasien, meliputi : nama pasien, tanggal lahir, umur, agama, jenis kelamin, status perkawinan, Pendidikan, pekerjaan, nomor rekam medis.
- 2) Keluhan utama, meliputi : nyeri pada luka post op appendiktomi
- 3) Riwayat penyakit sekarang : menceritakan sejak kapan nyeri terjadi
- 4) Riwayat Kesehatan lalu : adanya riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakit yang di derita sekarang seperti merasakan nyeri pada abdomen.
- 5) Riwayat Kesehatan keluarga : riwayat Kesehatan keluarga bisa dilihat pada genogram keluarga, apakah salah satu anggota keluarga ada yang mengalami penyakit yang sama.

#### **b. Pemeriksaan fisik**

- 1) Aktivitas dan istirahat : sulit/nyeri saat bergerak
- 2) Nutrisi : meliputi kebiasaan makanan makanan rendah serat dapat memicu terjadinya konstipasi yang akan menjadi salah satu penyebab dari timbulnya apendisitis
- 3) Nyeri : nyeri abdomen sekitar luka insisi
- 4) Eliminasi : mengalami konstipasi, tanda-tanda diare, distensi abdomen, nyeri tekan/lepas, penurunan bising usus.



- 5) Pengkajian nyeri menggunakan format pengkajian *Numeric Rating Scale*
- c. Pemeriksaan laboratorium
- 1) Pemeriksaan darah lengkap : leukosit mencapai 10.000 – 20.000/ml
  - 2) C-Reaktif Protein mengalami peningkatan yang menyebabkan inflamasi
  - 3) USG untuk melihat adanya inflamasi pada apendisitis

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa yang mungkin muncul dari standar diagnosis keperawatan Indonesia (2017) Dengan Masalah Post Appendiktomi adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, prosedur operasi) (D.0077)
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
- c. Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142)

## 3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang akan dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai outcome yang diinginkan, seperti level praktik, katagori, usaha Kesehatan, berbagai jenis pasien dan jenis intervensi (SIKI, 2018) Intervensi yang sesuai dengan diagnosi diatas adalah :

**Tabel 2.3**  
**Perencanaan Keperawatan**

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi appendiktomi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066)	<b>Manjemen nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b> - Kaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri pasien appendiktomi - Kaji skala nyeri menggunakan

(D.0077)	<p>1. Nyeri terkontrol (nyeri berkurang dari nyeri sedang 4-6 menjadi nyeri ringan 1-3)</p> <p>2. Pasien tidak menunjukkan ekspresi meringgis</p> <p>3. Pasien tidak menunjukkan sikap protektif</p> <p>4. Pasien menunjukkan sikap rileks</p> <p>5. Pasien tidak mengeluh sulit tidur</p> <p>6. Frekuensi nadi normal (60-100x/menit)</p>	<p>NRS (<i>Numrtic Rating Scale</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji respons nyeri non verbal</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan istirahat dan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri akibat Tindakan appendiktomi</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemberian injeksi analgetik (Metzol 500mg/8j) dengan prinsip 6 benar obat</li> </ul> <p><b>Intervensi Pendukung</b> Teknik Pemijatan (I.08251)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minta persetujuan kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan pada keluarga dan pasien</li> <li>- Periksa TTV sebelum dan sesudah dilakukan pemijatan</li> <li>- Kaji respon terhadap pemijatan</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan pemijatan secara perlahan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur terapi pemijatan dan mengajarkan teknik pemijatan kepada keluarga dan pasien</li> </ul>
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : (L.09093)</p> <p>1. Tidak ada verbalisasi kebingungan</p> <p>2. Tidak khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>3. Tidak menunjukkan perilaku gelisah menurun</p> <p>4. Dapat tidur dan istirahat tanpa terbangun</p>	<p><b>Intervensi Utama</b> <b>Reduksi Ansietas (I.09134)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.kondisi, waktu, stressor)</li> <li>- Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan prosedur, termasuk sensai yang mungkin dialami</li> <li>- Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>- Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</li> </ul>

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : (L.14137) 1. Suhu normal dalam rentang (36,5 – 37,6) 2. Tidak ada kemerahan di sekitar luka operasi 3. Tidak ada nyeri 4. Tidak ada bengkak pada luka operasi	<b>Intervensi Utama</b> <b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b> <b>Observasi</b> - Monitor tanda dan gejala infeksi  <b>Terapeutik</b> - Beri perawatan luka - Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <b>Edukasi</b> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan
--	---	--

Sumber : (SIKI, 2018)

### 1. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status Kesehatan yang dihadapi menuju status Kesehatan yang baik/optimal. Implementasi yang akan dilakukan pada penulisan ini diadopsi berdasarkan pada Standar Intervensi keperawatan (SIKI) dan jurnal penulisan oleh (Damanik et al., 2022) mengenai pemberian *back massage* untuk menurunkan tingkat nyeri.

### 2. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus – menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Hasil yang ingin diharapkan sebagai evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan yaitu sebagai berikut:

**Tabel 2.4**  
**Evaluasi keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria evaluasi
----	----------------------	-------------------

1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi membaik</li> <li>2. Pola nafas membaik</li> <li>3. Keluhan nyeri menurun</li> <li>4. Meringis menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> </ol>
2	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> <li>5. Konsentrasi membaik</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>
3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>

Sumber : (SLKI,2018).

## E. Tinjauan Ilmiah

**Table 2.5**  
**Tinjauan ilmiah artikel**

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1	Hamonangan Damanik, Sarida Surya Manurung, Deddy Sepadha	2022	Pengaruh Pemberian Massage Punggung Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Appendiktomi Di Rsud Rantau Prapat	Dari hasil penelitian pengaruh pemberian massage punggung terhadap penurunan skala nyeri pada pasien appendiktomi di RSUD Rantau Prapat: maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut: Sebelum operasi mayoritas tingkat nyeri yaitu nyeri sedang sebanyak 15 orang (93,7%), sedangkan nyeri berat sebanyak 1 orang (6,3%). Sesudah operasi mayoritas tingkat nyeri yaitu nyeri ringan sebanyak 12 orang (75%), sedangkan nyeri sedang sebanyak 4 orang (25%). Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh massage punggung terhadap menurunnya tingkat nyeri pada pasien paska operasi apendektomi hal ini dibuktikan dengan hasil mean sebesar 2,375 dan $p$ value sebesar $p = 0,000 < \alpha 0,05$ .
2	Lenny Astuti <sup>1</sup> , Lily Marleni <sup>2</sup> , Sintiya Halsiya Pebriani <sup>2</sup>	2021	Pengaruh Massage Punggung Terhadap Skala Nyeri Pada	Menurut hasil penelitian yang telah dilaksanakan dengan uji Wilcoxon didapatkan hasil rerata skala

	Mega Muslimah1		Pasien Setelah Operasi Apendektomi	nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi massage punggung sebanyak 18 responden dengan nilai Z yang didapat sebesar -3,852 dengan Pvalue 0,000 ( < 0,05), Ini menunjukkan bahwa Ha diterima artinya terdapat pengaruh terhadap skala nyeri yang signifikan sebelum dengan sesudah diberikan massage punggung pada pasien pasca operasi apendektomi di Rumah Sakit AR Bunda Prabumulih tahun 2021
3	Nuranita Harefa, Virginia Syafrinanda, Nina Olivia	2023	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Apendiktomi Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Melalui Tindakan Teknik Back Massage Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan	studi kasus pada 2 pasien dengan gangguan rasa aman nyaman nyeri dengan skala nyeri 5 dan skala nyeri 7 terhadap tindakan back massage (pijat punggung menggunakan ibu jari dan punggung tangan) selama 10-15 menit setiap nyeri apendiktomi muncul. Hasil penelitian setelah dilakukan teknik back massage pada kedua pasien terdapat penurunan intensitas skala nyeri dari skala nyeri 5 dan skala nyeri 7 menjadi skala nyeri 1 (0-10). Tindakan back massage pada pasien post op apendiktomi sangat efektif terhadap penurunan intensitas skala nyeri.

4	Yulia Sartika Sari, Cicirosnita J. Idu Zahra Maulidia Septimar	2023	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Appendiktomi Dengan Pemberian Intervensi Massage Punggung Terhadap Intensitas Nyeri Di Ruang Seruni Rsu Kabupaten Tangerang Tahun 2023	Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan menggunakan kuesioner verbal rating scale, implementasi dilakukan selama 3 hari dengan waktu 3-5 menit. Hasil : Hasil penelitian menunjukkan adanya efektifitas terapi massage terhadap intensitas nyeri
5	Des Metasari, Yance Hidayat	2023	Efektivitas Therapy Komplementer Massage Punggung Terhadap Penurunan Nyeri Post Sectio Cessarea Pada Ibu Postpartum Di Kota Bengkulu	Jenis penelitian ini eksperimen semu (Quasy experiment), dengan pendekatan One Group Pre-Post Test yang bertujuan untuk melihat efektivitas message punggung terhadap penurunan nyeri pada pasien post op sectio cessarea. Hasil dan Pembahasan: Message Punggung efektif untuk mengurangi nyeri post operasi SC. Kesimpulan: Therapy messagepunggung yang merupakan therapy alternatif dan komelementer efektif dalam menurunkan nyeri post operasi SC, sehingga dapat dijadikan solusi yang aman digunakan pada ibu postpartum SC yang mengalami nyeri.