

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1.1. Appendisitis**

###### *a. Definisi Appendisitis*

*Appendisitis* adalah radang yang terjadi pada usus buntu atau dalam bahasa latin disebut *appendiks vermiformis*, yaitu suatu organ memanjang dengan Panjang 5-10 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar Bernama sekum (Handaya, 2017).

*Appendisitis* merupakan kasus gawat bedah abdomen yang paling sering muncul dan merupakan penyebab abdomen akut paling sering.

*Appendicitis* (umbai cacing) merupakan perluasan sekum yang rata-rata panjangnya 10 cm. ujung *appendiks* terletak diberbagai lokasi, terutama dibelakang sekum. Arteri *appendisialis* mengalirkan darah ke *appendiks* dan merupakan cabang dari arteri *ileokolika*.

###### *b. Anatomi Fisiologi Appendisitis*

Hingga saat ini fungsi dari *appendicitis* masih belum diketahui. *Appendik* menghasilkan lendir setiap harinya 1-2 mL. lendir akan masuk ke lumen dan mengalir ke sekum. Hambatan

aliran lendir berperan terhadap patogenesis *appendicitis*. Appendix mempunyai peranan dalam mekanisme imunologik. Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan GALT (*Gut Associated Lymphoid Tissue*) yang ada di sepanjang saluran cerna termasuk appendix adalah IgA. Immunoglobulin ini sangat berperan aktif terhadap perlindungan infeksi (Wijaya & Putri, 2017).

c. Klasifikasi Appendisititis

Appendisititis diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

a) *Appendicitis* Akut

*Appendicitis* akut ialah radang yang muncul tiba-tiba di umbai cacing yang memberikan tanda, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum local. Gejala dari *appendicitis* ini antara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium sekitar umbilicus. Keluhan ini disertai mual dan hilangnya nafsu makan (Hidayat 2005 dalam Mardalena, Ida 2017).

b) *Appendisititis* Kronis

*Appendisititis* kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu. Keluhan akan hilang apabila telah dilakukan pembedahan *appendectomy* (Hidayat 2005 dalam Mardalena, Ida 2017).

d. Etiologi Appendisititis

Menurut Warsinggih (2016), penyebab dari *appendicitis* karena adanya obstruksi pada lumen appendik sehingga terjadi kongesti vaskuler dan iskemik nekrosis yang mengakibatkan terjadinya infeksi appendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Beberapa bakteri yang dapat diisolasi pada pasien *appendicitis* meliputi *Bakteri Aerob Fakultatif*, *Bakteri Anaerob* *Escherichia Coli*, *Viridans Streptococci*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Enterococcus*, *Bacteroides Fragilis*, *Peptostreptococcus Micros*, *Bilophila Species*, dan *Lactobaciullus Species*.

Selain itu, *appendicitis* juga bisa disebabkan karena kebiasaan makan yang kurang baik seperti kurang mengonsumsi serat sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang mengakibatkan terjadinya sumbatan fungsional appendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon.

e. Manifestasi Klinis Appendisitis

Beberapa manifestasi klinis yang muncul pada penderita *appendicitis* antara lain:

- a) Nyeri samar (nyeri tumpul) yang muncul di sekitar epigastrium disekitar umbilicus atau periumbilikus. Setelah beberapa jam, nyeri beraih ke kuadran kanan bawah ke titik *Mc Burney* yang terletak diantara pertengahan umbilicus dan spina anterior ileum dan nyeri terasa lebih tajam.

- b) Nyeri rangsangan peritoneum tidak langsung
- c) Bisa disertai nyeri seluruh abdomen apabila terjadi kebocoran appendiks dan nanah menyebar ke rongga abdomen.
- d) Mual dan muntah
- e) Nafsu makan menurun
- f) Konstipasi
- g) Demam diatas 38 derajat celcius.

(Mardalena, 2017)

f. Patofisiologi Appendisitis

Menurut Mardalena (2017), *Appendicitis* pada umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Banyak faktor yang dapat menjadi pencetus infeksi tersebut diantaranya obstruksi yang terjadi pada lumen appendiks. Hal ini akan menyebabkan peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding *apendiks*.

g. Komplikasi Appendisitis

Komplikasi pada penderita *appendicitis* dapat terjadi apabila terlambat dalam melakukan penanganan. Menurut *Le Mone* (2016), komplikasi dibagi jenisnya menjadi 3, yaitu:

a) Perforasi apendiks

Perforasi ialah pecahnya apendiks yang berisi nanah dan menyebar ke seluruh rongga perut. Perforasi dapat diketahui terlihat dari gejala klinis, yaitu peningkatan suhu tubuh lebih dari 38 derajat celcius serta nyeri tekan pada seluruh bagian perut.

b) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum atau lapisan membran serosa rongga abdomen.

c) Abses

Abses merupakan peradangan pada apendiks yang berisi nanah. Apabila dipalpasi teraba massa lunak di kuadran kanan bawah.

h. Pemeriksaan Penunjang Appendisitis

a) Laboratorium

Ditemukannya leukositosis  $10.000 - 18.000/\text{mm}^3$ . Tidak jarang ditemukan dengan kadar leukositosis diatas  $18.000/\text{mm}^3$  disertai dengan keluhan lebih dari 4 jam yang mencurigakan.

b) Radiologi

Pada kasus appendicitis stadium awal akan ditemukan gambaran foto polos abdomen yang abnormal berwujud adanya jaringan lunak diperut kanan bawah yang mengandung gelembung-gelembung udara.

i. Penatalaksanaan Appendisitis

Alhinduan (2020), menyebutkan penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien appendicitis, yaitu:

a) Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan meliputi:

- 1) Pembedahan konvensional atau laparaskopi. Tindakan ini dilakukan apabila diagnose appendicitis telah ditegakkan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.
  - 2) Pemberian obat antibiotic dan cairan IV sampai tindakan pembedahan.
  - 3) Analgesic dapat diberikan setelah diagnose ditegakkan.
  - 4) *Operasi appendectomy* dilakukan apabila diagnose telah ditegakkan dan yang harus dilakukan adalah membuang apendiks.
- b) Penatalaksanaan Keperawatan
- 1) Menunda perawatan ini dapat meningkatkan risiko terjadinya perforasi. Teknik laparaskopi telah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah, pemulihan yang lebih cepat dan tingkat infeksi luka yang lebih rendah. Namun, terdapat peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. *Laparaskopi* dilakukan untuk diagnose dan terapi pasien dengan akut abdomen.
  - 2) Tujuan keperawatan meliputi upaya menurunkan atau menghilangkan nyeri, menghindari defisit volume cairan, mengatasi ansietas, menurunkan risiko infeksi.
  - 3) Sebelum operasi, pasien dipersiapkan terlebih dahulu untuk menjalani tindakan. Berikan antibiotik secara intravena dan

masukkan selang nasogastrik jika ileus parolitik teridentifikasi.

## **1.2. Kebutuhan Aman Nyaman Nyeri Akut**

### **a. Definisi Nyeri Akut**

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

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan actual maupun potensial atau menggambarkan kondisinya terjadi kerusakan.

### **b. Etiologi Nyeri Akut**

Menurut Atoilah, E. M., & Engkus, K (2013), etiologi nyeri adalah sebagai berikut:

#### **1. Trauma**

- a) Trauma mekanik berupa benturan, gesekan, luka, bekas sayatan pasca operasi yang merangsang nyeri karena reseptor nyeri mengalami kerusakan.
- b) Trauma termik seperti panas api, air dingin yang berlebihan akan merangsang reseptor nyeri.

- c) Trauma kimia seperti sentuhan asam dan basa yang kuat
- d) Trauma elektrik seperti aliran listrik yang kuat akan mengakibatkan kejang otot atau kerusakan reseptor nyeri.

## 2. Neoplasma

- a) Neoplasma jinak dapat menyebabkan penekanan pada ujung syaraf reseptor nyeri.
- b) Neoplasma ganas akan mengakibatkan kerusakan jaringan, akibat tarikan, jepitan atau metastase dari kanker.
- c) Peradangan seperti abses, pleuritis akan mengakibatkan kerusakan saraf reseptor nyeri karena adanya pembengkakan pada jaringan.

## 3. Iskemik jaringan

## 4. Trauma psikologis

### c. Manifestasi Klinis Nyeri Akut

Tanda dan gejala masalah keperawatan nyeri akut sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) terbagi menjadi tanda gejala mayor dan minor, yaitu:

#### 1. Tanda Gejala Mayor

- a) Subjektif

*(tidak tersedia)*

- b) Objektif



Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

## 2. Tanda Gejala Minor

### a) Subjektif

*(tidak tersedia)*

### b) Objektif

Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan *diaphoresis*.

## d. Karakteristik Nyeri Akut

Karakteristik nyeri akut menurut Porth CM dalam Smeltzer (2022), yaitu:

1. Tujuannya untuk menandakan adanya cedera atau masalah
2. Awitan tidak dapat diduga
3. Intensitas ringan sampai berat

## 4. Durasi singkat

5. Respon otonom berupa konstan dengan respon stress simpatis, frekuensi senam jantung meningkat, dilatasi pupil meningkat, motilitas gastrointestinal menurun, aliran saliva menurun (mulut kering)
6. Komponen psikologis yang terkait ialah ansietas
7. Conothnya nyeri bedah dan trauma

e. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Akut

Menurut Smeltzer & Bare, pengalaman individu terhadap nyeri pasca bedah abdomen berbeda untuk setiap orang. Beberapa yang mempengaruhi nyeri adalah usia, jenis kelamin, budaya, tingkat pendidikan, pengalaman nyeri sebelumnya, sikap dan keyakinan terhadap nyeri, dan tingkat kecemasan.

1. Usia

Lansia berespon terhadap nyeri dapat berbeda dengan cara berespon orang yang berusia lebih muda. Beberapa hal yang mempengaruhinya ialah orang tua berpendapat bahwa nyeri yang terjadi merupakan suatu hal yang harus diterima dan kebanyakan orang tua takut terhadap efek samping obat sehingga mereka tidak melaporkan nyeri atau menanyakan obat untuk menghilangkan nyeri.

2. Jenis kelamin

Perbedaan jenis kelamin telah diidentifikasi dalam hal nyeri dan respon nyeri. Laki-laki memiliki sensitifitas yang lebih rendah dibandingkan dengan Wanita atau kurang merasakan nyeri. Laki-laki kurang mengekspresikan nyeri yang dirasakan secara berlebihan dibandingkan dengan wanita.

3. Budaya

Peneliti antropologi kedokteran Lipton dan Marbach (1984 dalam Bandyopadhyay, Markovic, & Manderson, 2007)

menyatakan bahwa latar belakang budaya mempengaruhi komunikasi, ekspresi, dan respon terhadap nyeri. Suku juga mempunyai peran bagaimana cara individu menerima dan mengkomunikasikan nyeri mereka.

#### 4. Pengalaman nyeri sebelumnya

Cara seseorang berespon terhadap nyeri adalah akibat dari banyak rasa nyeri selama rentang kehidupannya. Apabila individu sudah sering mengalami serangkaian rasa nyeri tanpa pernah sembuh atau nyeri yang sering muncul, maka kecemasan atau bahkan rasa takut dapat muncul.

#### 5. Sikap dan keyakinan terhadap nyeri

Sikap dan keyakinan terhadap nyeri mempunyai pengaruh yang kuat tentang bagaimana nyeri dirasakan dan cara pengelolaannya. Nyeri yang dirasakan merupakan sebuah tanda dari kerusakan jaringan. Banyak individu tidak mau melaporkan nyerinya karena ingin menjadi pasien yang baik atau tidak ingin menyusahkan pemberi pelayanan Kesehatan.

#### f. Penatalaksanaan Nyeri Akut

Penatalaksanaan nyeri bersifat individual dan intervensi yang dilakukan untuk 1 pasien yang berhasil kemungkinan kurang maksimal jika diberikan ke pasien lainnya. Beberapa upaya yang dapat dilakukan dalam mengatasi nyeri sebagai berikut:

##### a) Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis dapat dilakukan dengan pemberian analgesik. Pemberian analgesik merupakan metode yang paling umum diberikan pada pasien untuk menghilangkan nyeri. Disamping itu, pemberian analgesik dalam jangka panjang memiliki dampak negative bagi pasien berupa ketergantungan obat dan kecemasan. Ada 3 jenis analgesik yang umum digunakan untuk meredakan nyeri, yaitu:

1) *Analgesik non-narkotik* dan obat *anti inflamasi non-steroid* (NSAID)

Jenis obat ini meliputi aspirin, ibu profen (motrin), dan naproksen. NSAID jenis non-narkotik umumnya digunakan untuk meredakan nyeri dengan skala ringan hingga sedang seperti prosedur pengobatan gigi, epiostomi, dan masalah pada punggung bagian bawah.

2) Analgesic narkotik atau opiate

Analgesik ini umumnya diberikan pada pasien dengan keluhan nyeri skala sedang hingga skala berat seperti post operasi dan nyeri maligna.

3) Obat tambahan (*Adjuvan*)

*Adjuvant* seperti sedative, anticemas, dan relaksasi otot dapat meningkatkan kontrol nyeri atau dapat menghilangkan gejala lain yang ditimbulkan dari nyeri seperti mual dan muntah.

Sedative biasanya diresepkan untuk pasien dengan keluhan nyeri kronik. Efek samping yang ditimbulkan dari obat ini, yaitu rasa kantuk dan kerusakan koordinasi.

b) Terapi Non-Farmakologis

Melakukan intervensi manajemen nyeri non-farmakologis merupakan tindakan mandiri keperawatan dalam mengataasi respon nyeri yang dirasakan pasien. Beberapa tindakan non-farmakologis dalam mengurangi nyeri antara lain sebagai berikut:

1) Distraksi

Distraksi merupakan suatu terapi non-farmakologis dengan cara mengalihkan perhatian pasien ke hal-hal diluar nyeri.

2) *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)*

3) Imajinasi terbimbing

Metode ini dilakukan dengan menggunakan imajinasi pasien untuk mencapai efek positif sehingga pasien tidak terfokus pada rasa nyeri. Kondisi lingkungan yang kondusif sangat berpengaruh terhadap keberhasilan metode ini.

4) Akupuntur

Akupuntur ialah teknik memasukkan jarum atau menusukkan jarum kecil panjang berukuran 1-10 cm ke

bagian tubuh tertentu. Bagian tubuh yang sering ditusuk jarum ini biasanya kaki, tungkai bawah, dan lengan bawah. Jarum yang sudah dimasukkan ini kemudian diputar-putar untuk menghantarkan arus listrik kecil.

#### 5) Relaksasi

Teknik relaksasi adalah teknik yang digunakan agar pikiran dan tubuh menjadi rileks sehingga dapat mengurangi ketegangan otot yang mengakibatkan rasa nyeri muncul. Banyak macam teknik relaksasi yang dapat dilakukan untuk mengontrol atau menghilangkan nyeri. Salah satu teknik yang efektif dan mudah dilakukan adalah dengan melakukan teknik relaksasi *Hold Finger* atau teknik genggam jari. *Hold Finger* atau teknik genggam jari dilakukan dengan memegang setiap jari secara bergantian dengan tangan yang lain selama 2 – 3 menit.

### **1.3.Hold Finger atau Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi**

#### **Appendicitis**

##### a. Definisi *Hold Finger* atau Genggam Jari

Teknik relaksasi merupakan salah satu teknik atau metode non-farmakologis yang digunakan untuk mengontrol atau menghilangkan rasa nyeri pada pasien post pembedahan atau pasien yang mengalami cedera pada bagian tubuhnya seperti pasien *post*

*operasi appendectomy*. Banyak macam dari teknik relaksasi yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi *appendectomy*, salah satunya ialah teknik relaksasi *Hold Finger* atau teknik genggam jari.

Teknik relaksasi *Hold Finger* atau genggam jari merupakan salah satu upaya non-farmakologis sederhana dalam manajemen nyeri. Teknik relaksasi ini dapat dilakukan secara mandiri dan dapat dilakukan oleh siapapun termasuk pada pasien yang baru saja mendapat tindakan medis berupa pembedahan dan mendapat efek dari pembedahan tersebut berupa respon nyeri.

b. Mekanisme *Hold Finger* atau Genggam Jari

Tangan merupakan bagian dari tubuh yang terbukti mampu untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam dapat mengurangi bahkan dapat menyembuhkan ketegangan fisik atau emosi. Teknik relaksasi *hold finger* atau genggam jari ini akan dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari-jari tangan. Hal ini nantinya akan mampu memberikan efek rangsangan secara spontan pada saat dilakukan genggam yang nantinya rangsangan itu mengalir ke otak untuk kemudian dilanjutkan ke saraf pada bagian tubuh yang mengalami gangguan (Indrawati, 2017).

c. Tujuan *Hold Finger* atau Genggam Jari

Teknik relaksasi *Hold Finger* atau teknik relaksasi genggam jari memiliki tujuan, yaitu:

- 1) Mengurangi nyeri pada pasien post operasi appendicitis
- 2) Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh pasien post operasi appendicitis
- 3) Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
- 4) Melancarkan aliran dalam darah

d. Manfaat *Hold Finger* atau Genggam Jari

Dalam penelitian Sulung dan Rani (2017) tentang relaksasi *Hold Finger* terhadap nyeri mendapatkan hasil bahwa *Hold Finger* bermanfaat dalam penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi appendicitis. Dalam Kartiningrum (2020) dengan judul Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Tingkat Kecemasan mendapatkan kesimpulan bahwa teknik ini dapat menurunkan tingkat kecemasan secara signifikan.

e. Indikasi *Hold Finger* atau Genggam Jari

Menurut Indriani (2020), *Hold Finger* atau teknik relaksasi genggam jari dapat dilakukan dapat digunakan pada seluruh pasien pasca operasi dengan keluhan nyeri. Menurut Yulianti (2019), indikasi *Hold Finger* dilakukan pasien post operasi yang mengalami nyeri, kecemasan, dan dapat berkomunikasi dengan baik.



f. Kontraindikasi *Hold Finger* atau Genggam Jari

Menurut Indriani (2020), *Hold Finger* atau Genggam Jari tidak diperkenankan dilakukan pada pasien dengan indikasi pasien dengan luka di area telapak tangan dan pasien dengan luka di area telapak kaki. Menurut Yulianti (2019), kontraindikasi *Hold Finger* atau Genggam Jari, yaitu pasien pasca operasi yang menggunakan alat ventilator, pasien dengan anestesi general, pasien anak-anak, pasien dengan luka pada telapak tangan, dan pasien dengan luka pada telapak kaki.

g. Prosedur *Hold Finger* atau Genggam Jari

Prosedur pelaksanaan teknik *Hold Finger* atau teknik relaksasi genggam jari menurut Akper Kesdam IV Diponegoro adalah sebagai berikut:

1) Tahap Orientasi

Beri salam pada pasien, menjelaskan prosedur dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan, beri kesempatan pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien, kontrak waktu, dan tanyakan kesediaan pasien.

2) Tahap Pelaksanaan

Mencuci tangan, posisikan pasien senyaman mungkin sesuai dengan keadaan pasien, minta pasien untuk mengatur napas dan merilekskan seluruh otot, duduk didekat pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari tangan pasien dengan

tangan yang lainnya secara lembut hingga nadi terasa berdenyut, genggam ibu jari selama 2-3 menit dengan bernapas secara teratur kemudian beralih ke jari selanjutnya pada kedua tangan dalam rentang waktu yang sama dan prosedur yang sama, dan menanyakan intensitas nyeri setelah dilakukan tindakan.

3) Tahap Evaluasi

Melakukan evaluasi Tindakan, melakukan kontrak waktu selanjutnya, cuci tangan, dan dokumentasikan kegiatan.

#### **1.4.Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aman Nyaman Nyeri**

##### **Akut Pada Pasien Post Operasi Appendicitis**

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahapan awal dari seluruh proses asuhan keperawatan. Pengkajian keperawatan berisi tentang data hasil pengkajian yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, merumuskan data dasar tentang pasien, dan membuat catatan perkembangan tentang respon pasien. Data yang dikumpulkan dari proses keperawatan ini berupa data subyektif dan data obyektif.

Pengkajian pada pasien post operasi appendectomy antara lain:

1) Data umum pasien

Data umum pasien mencakup nama, umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku

bangsa, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnose medis.

2) Keluhan utama

Pasien yang baru saja dilakukan tindakan bedah atau post operasi appendectomy mempunyai keluhan utama nyeri akibat adanya tindakan operasi.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Pada keluhan utama, yaitu nyeri kemudian akan dikembangkan menggunakan teknik PQRST. Keluhan nyeri pada pasien post operasi appendectomy akan terasa apabila melakukan aktivitas dan berkurang jika beristirahat. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk atau seperti tersayat. Nyeri yang timbul pada area kanan bawah bekas operasi akan bergantung dari pernyataan dari pasien.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi penyakit apa yang pernah diderita oleh pasien. Penyakit yang pernah diderita pasien bisa seperti hipertensi, operasi abdomen yang lain, diabetes mellitus, riwayat hospitalisasi, riwayat alergi, dan riwayat obat-obatan yang pernah dikonsumsi.

5) Riwayat penyakit keluarga

Mengkaji penyakit yang diderita atau dialami oleh keluarga pasien. Penyakit ini bisa penyakit menular maupun penyakit tidak menular.

Secara patologis appendicitis tidak diturunkan, namun hal ini tetap perlu dikaji sebagai faktor predisposisi didalam rumah.

6) Psikososial

Pengkajian psikososial biasanya didapatkan dari kecemasan dari nyeri atau respon tubuh terhadap pembedahan. Tidak sedikit pasien yang mengalami ketidakefektifan koping berhubungan dengan perubahan peran dalam keluarga.

7) Aktivitas sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Pola nutrisi yang dikaji meliputi kebiasaan yang dikonsumsi pasien saat sebelum masuk rumah sakit dan sesudah masuk rumah sakit. Makanan yang sering dikonsumsi pasien, riwayat mual muntah yang menjadi penyebab tidak nafsu makan juga turut dikaji pada aspek ini (Wijaya & Putri, 2017).

b) Pola Eliminasi

Mengkaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna, dan kelainan eliminasi, kesulitan eliminasi, dan keluhan yang dirasakan pasien saat BAB dan BAK.

## c) Istirahat-Tidur

Mengkaji kebiasaan tidur pasien saat sebelum dirawat dirumah sakit dan saat dirawat dirumah sakit seperti durasi tidur dan gangguan yang menjadi penyebab pola tidur terganggu.

## d) Personal Hygiene

Mengkaji mengenai kebiasaan mandi, menggosok gigi, kemampuan melakukan personal hygiene secara mandiri.

## e) Aktivitas dan Latihan

Mengkaji aktivitas dan latihan dilakukan secara mandiri atau membutuhkan bantuan dari orang lain.

## 8) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada sistem pernapasan, sistem kardiovaskuler, sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal, sistem integument, sistem perkemihan, dan sistem persyarafan.

## 9) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium, yaitu Hb, Leukosit, trombosit, hematokrit, AGD. Data penunjang untuk pasien dengan diagnose media appendicitis meliputi:

a) Laboratorium

b) USG

b. Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah proses pengkajian keperawatan. Data yang dianalisa berupa data subyektif yang di dapat dari respon yang dikatakan atau diungkapkan oleh pasien dan data obyektif yang didapat dengan mengamati atau mengobservasi pasien.

Analisa data merupakan proses menyeleksi data dan mengelompokkan data yang nantinya dapat dirumuskan suatu diagnose keperawatan.

c. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi appendicitis menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) antara lain:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan

d. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai seluruh tindakan atau treatment yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian pasien untuk mencapai luaran (outcome). Menurut Standar Intervensi

Keperawatan Indonesia (2017) intervensi keperawatan nyeri akut dijelaskan sebagai berikut:

1) Definisi

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

2) Penyebab

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

3) Tanda Gejala

a) Tanda Gejala Mayor

**Subjektif** (*tidak tersedia*)

**Objektif**

Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

**b) Tanda Gejala Minor****Subjektif (*tidak tersedia*)****Objektif**

Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

**4) Tujuan dan Kriteria Hasil**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, dan tekanan darah membaik.

**5) Rencana Tindakan****a) Manajemen Nyeri (SIKI Kode I.08238 Hal. 201)****Observasi**

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, dan monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.

**Terapeutik**



Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa 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, dan fasilitasi istirahat dan tidur.

### **Edukasi**

Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan monitor nyeri secara mandiri, dan ajarkan teknik non-farmakologis untuk meredakan nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

### **Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian analgesic, *jika perlu*

- b) Pemberian Analgesik (SIKI Kode I.08243 Hal. 251)

### **Observasi**

Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, Pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi), identifikasi riwayat alergi obat, identifikasi jenis kesesuaian obat (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri, monitor tanda-tanda vital sebelum dan

sesudah pemberian analgesic, dan monitor efektivitas analgesic.

### **Terapeutik**

Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, *jika perlu*, pertimbangan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum, tetapkan target efektivitas analgesic untuk mengoptimalkan respons pasien, dokumentasikan respons terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan

### **Edukasi**

Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

### **Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, *sesuai indikasi*

#### e. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian dari proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien meningkatkan status kesehatannya sesuai dengan capaian kriteria hasil.

Dalam proses keperawatan ini, perawat harus melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan yang sudah direncanakan dalam tahap intervensi keperawatan. Tindakan yang sudah

dilakukan oleh perawat harus segera dicatat pada lembar tindakan keperawatan.

f. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Pada tahap ini memperlihatkan tujuan dari tindakan keperawatan tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi keperawatan dari setiap diagnosis keperawatan terdiri dari Subjektif (S), Objektif (O), *Assesment* (A), dan *Planning* (P) berdasarkan analisa data yang didapatkan. Data subjektif didapatkan dari respon pasien secara verbal setelah tindakan yang dilakukan. Data objektif didapat dari hasil observasi dan pengamatan perawat pada pasien setelah tindakan diberikan. *Assesment* memuat analisis yang membandingkan antara informasi subjektif dan objektif untuk kemudian ditarik kesimpulan keberhasilan tindakan keperawatan. *Planning* merupakan perencanaan yang telah ditetapkan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ada (Adinda, 2019).

Evaluasi keperawatan pada diagnose keperawatan nyeri akut dengan diagnose media Appendicitis berdasarkan indikator keberhasilan yang ingin dicapai dengan luaran tingkat nyeri menurun menurut Standar Luanan Keperawatan Indonesia (2017) antara lain:

- a) Kemampuan aktivitas meningkat
- b) Keluhan nyeri menurun
- c) Meringis menurun
- d) Sikap protektif menurun
- e) Gelisah menurun
- f) Kesulitan tidur menurun
- g) Menarik diri menurun
- h) Berfokus pada diri sendiri menurun
- i) Anoreksia menurun
- j) Muntah menurun
- k) Mual menurun
- l) Frekuensi nadi membaik
- m) Pola napas membaik
- n) Tekanan darah membaik
- o) Nafsu makan membaik

## **B. Landasan Teori**

*Appendicitis* adalah peradangan yang terjadi pada *appendiks vermiformis* atau yang umum dikenal sebagai penyakit usus buntu. Peradangan ini merupakan akibat dari infeksi bakteri pada usus buntu atau di *appendiks*. Infeksi ini lah yang mengakibatkan terjadinya tindakan medis berupa pembedahan *appendectomy*. Pembedahan yang dilakukan pada pasien *appendicitis* tentunya akan menimbulkan respon tubuh berupa nyeri

pada luka post operasi. Nyeri pasca pembedahan ini dapat di kontrol maupun di dihilangkan dengan melakukan relaksasi. Relaksasi yang dapat dilakukan pasien post operasi *appendectomy* untuk mengontrol bahkan menghilangkan rasa nyeri tersebut ialah dengan melakukan teknik relaksasi *hold finger* atau teknik genggam jari.

### **C. Pertanyaan Studi Kasus**

1. Bagaimana penerapan *Hold Finger* dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Appendicitis di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari?
2. Bagaimana karakteristik nyeri pasien post operasi appendicitis dengan masalah keperawatan pemenuhan kebutuhan aman nyaman nyeri akut di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari?
3. Bagaimana respon pasien sebelum dan sesudah diberikan terapi *Hold Finger* dengan masalah keperawatan pemenuhan kebutuhan aman nyaman nyeri akut di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari?