

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Medis Appendisitis

2.1.1 Pengertian

Appendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Penyebab terjadinya apendisitis dapat terjadi karena adanya makanan keras yang masuk ke dalam usus buntu dan tidak bisa keluar lagi. Setelah isi usus tercemar dan usus meradang timbulah kuman-kuman yang dapat memperparah keadaan. Peradangan apendiks diawali oleh proses obtruksi dalam lumen, obtruksi disebabkan hiperplasi limfoid sub mukosa, feses yang mengeras, benda asing, parasit kumpulan reaksi imunitas meningkat seiring bertambahnya usia sampai masa remaja menjelang dewasa. Pasien yang mengalami peradangan apendisitis ini akan merasakan nyeri di perut kanan bagian bawah (Paso dkk., 2021)

2.1.2 Etiologi

Menurut Kementerian Kesehatan (2022) penyakit usus buntu terjadi akibat infeksi di rongga usus buntu. Akibatnya, bakteri berkembang dengan cepat sehingga membuat usus buntu meradang, bengkak, dan bernanah. Penyebab penyakit usus buntu belum dapat dipastikan. Namun, ada sejumlah faktor yang diduga dapat menyebabkan seseorang mengalami radang usus buntu, yaitu :

1. Hambatan di pintu rongga usus buntu akibat penumpukan feses atau tinja yang mengeras.

2. Penebalan atau pembengkakan jaringan dinding usus buntu karena infeksi di saluran pencernaan atau bagian tubuh lainnya.
3. Penyumbatan rongga usus buntu akibat pertumbuhan parasit di pencernaan, misalnya infeksi cacing kremi atau *ascariasis*.
4. Kondisi medis tertentu, seperti tumor pada perut atau *inflammatory bowel disease*.
5. Cedera di perut.

Menurut Sagala & Naziyah (2023) apendisitis akut terjadi karena proses radang bakteri yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti hiperplasia jaringan limfe, fekalith, tumor apendiks, dan cacing askaris yang menyumbat. Penyebab lain yang diduga menimbulkan apendisitis yaitu erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.Histolytica*

2.1.3 Faktor Resiko

Menurut Cristie., dkk.(2021) beberapa faktor risiko appendicitis sebagai berikut :

1. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki lebih banyak terkena apendisitis akut dibandingkan jenis kelamin perempuan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan bahwa jenis kelamin laki-laki 0,657x lebih besar terkena apendisitis akut dibandingkan jenis kelamin perempuan. Pada laki-laki cenderung mengalami inflamasi pada appendix karena adanya perubahan anatomis. Dinding appendix banyak mengandung jaringan limfoid dan pada laki-laki proporsi jaringan limfoid ditemukan lebih banyak daripada

perempuan. Hal ini yang dapat menjelaskan mengapa insiden apendisitis lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan.

2. Usia

Apendisitis paling sering terjadi pada usia remaja dan dewasa antara 20-30 tahun. Jarang terjadi pada balita dan dewasa akhir. Hal ini terjadi karena bentuk appendix pada balita dan dewasa berbeda. Pada usia 20-30 tahun juga cenderung melakukan banyak kegiatan dan mengabaikan nutrisi makanannya sehingga hal ini dapat memudahkan terjadinya apendisitis. kejadian apendisitis tertinggi didapatkan pada kelompok rentang usia 20-29 tahun dan juga sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa apendisitis sering terjadi di rentang usia 20-30 tahun yaitu pada dewasa dan juga remaja. Hal ini dikarenakan bentuk appendix pada dewasa menyempit di bagian proksimal dan lebar di bagian distal yang dapat menyebabkan terjadinya obstruksi di bagian proksimal dan menyebabkan tekanan intraluminal meningkat dan memicu proses translokasi kuman dan meningkatkan jumlah kuman dalam lumen appendix yang memudahkan invasi bakteri dari dalam lumen menembus mukosa dan terjadinya ulserasi mukosa menyebabkan terjadinya apendisitis.

3. Pola Diet

Kebiasaan konsumsi makanan rendah serat erat kaitannya dengan peningkatan kejadian apendisitis karena dapat menyebabkan terjadinya sumbatan pada lumen appendix. Kurangnya konsumsi makanan berserat seperti sayur dan buah lebih banyak terkena apendisitis akut

dibandingkan yang sering konsumsi makanan berserat. Dalam hal ini seringnya makan di restoran fast food pun juga berperan. mengkonsumsi makanan rendah serat seperti sayur dan buah lebih banyak terkena apendisitis akut dibandingkan dengan yang sering atau cukup dalam mengkonsumsi makanan berserat. Oleh karena itu makanan yang dikonsumsi harus makanan yang bergizi dan berserat tinggi.

4. Konsistensi Feses

Konsumsi serat memiliki peran dalam proses pencernaan, baik dalam pembentukan sifat feses dan dalam pembentukan fekalit. Kurangnya konsumsi serat dapat mengakibatkan feses menjadi padat, lebih lengket dan bentuknya menjadi lebih besar. Hal ini menyebabkan waktu transit feses di dalam kolon menjadi lebih lama dan dapat mengubah sifat bakteri yang ada. Apendisitis akut terjadi karena adanya obstruksi pada lumen appendix dan kemudian diikuti terjadinya peradangan akut.

2.1.4 Klasifikasi

Menurut Aziz & Sugianto (2020) pada artikelnya menyebutkan klasifikasi apendisitis sebagai berikut :

1. Apendisitis akut simple

Peradangan baru terjadi di mukosa dan sub mukosa. Gejala diawali dengan rasa nyeri di daerah umbilicus, mual, muntah, anoreksia, malaise, dan demam ringan. Apendisitis hyperemia dan tidak ada eksudat serosa

2. Apendisitis Supuratif

Ditandai dengan rangsangan peritoneum lokal seperti nyeri tekan, nyeri lepas di titik Mc. Burney, defans muskuler, dan nyeri pada gerak aktif dan pasif.

3. Apendisitis akut gangrenosa

Didapatkan tanda-tanda supuratif, apendiks mengalami gangrene pada bagian tertentu. Dinding apendiks berwarna ungu, hijau keabuan atau merah kehitaman.

4. Apendisitis infiltrate

Apendisitis infiltrate adalah proses radang apendiks yang penyebarannya dapat dibatasi oleh omentum, usus halus, sekum, kolon dan peritoneum sehingga membentuk gumpalan massa flegmon yang melekat erat satu dengan yang lainnya.

5. Apendisitis abses

Terjadi apabila massa lokal yang terbentuk berisi nanah. Biasanya di fossa iliaka kanan, lateral dari sekum, retrocaecal, subcaecal, dan pelvis.

6. Apendisitis Perforasi

Apendisitis perforasi adalah pecahnya apendiks yang sudah gangrene yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum. Pada dinding apendiks tampak daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nekrotik.

7. Apendisitis Kronik

Apendisitis kronik adalah nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu atau terjadi secara menahun. Terdapat riwayat nyeri perut kanan bawah yang biasa terjadi secara berulang. Ciri apendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa, dan infiltrasi sel inflamasi kronik.

2.1.5 Manifestasi Klinis

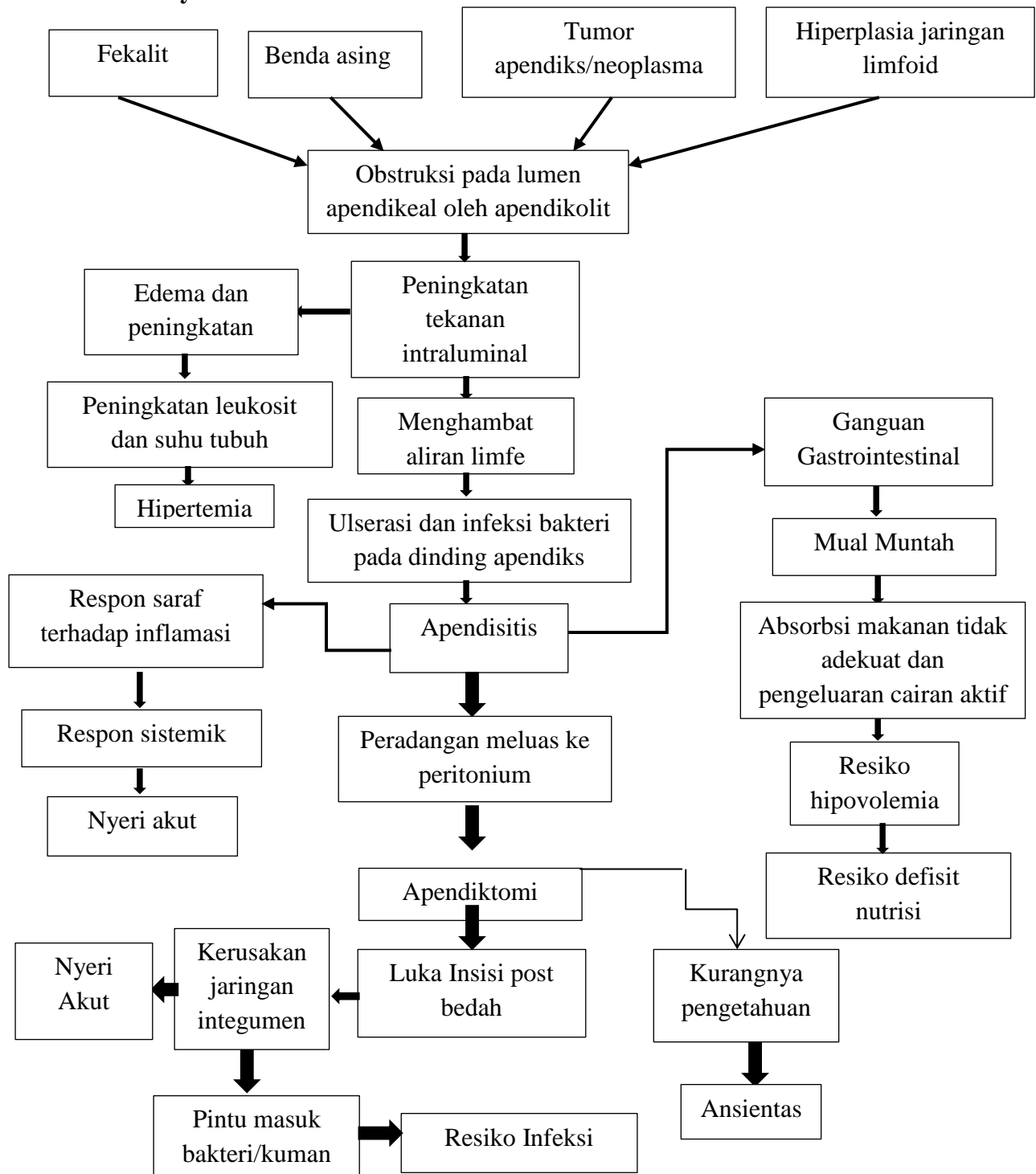
Manifestasi klinis yang khas pada apendisitis akut adalah :

1. Nyeri kolik di periumbilical yang kemudian bermigrasi ke kuadran kanan bawah dalam waktu 24 jam.
2. Pada beberapa pasien, nyeri tersebut dapat membuat pasien terbangun dari tidur,
3. Bertambah nyeri saat batuk (dunphy sign) atau berjalan. Gejala lainnya yang dapat timbul
4. Anoreksia atau penurunan nafsu makan
5. Mual dan/muntah
6. Demam
7. Gangguan saat buang air kecil.

Gejala dapat berkembang secara variasi dalam 12 hingga 24 jam dan risiko perforasi dapat terjadi sebesar 2% dalam 36 jam dan setiap 12 jam setelahnya akan meningkat sebesar 5%. Pada pemeriksaan fisik tidak akan ditemukan hal yang bermakna ketika masih terjadi apendisiti dini. Saat peradangan semakin berkembang maka akan ditemukan nyeri kuadran kanan

bawah pada saat palpasi di kuadran kiri bawah (Rovsing sign), saat fleksi pinggul dan lutut kanan diikuti rotasi internal pinggang kanan (Obturator sign) serta saat ekstensi pinggul kanan pasif dengan pasien dalam posisi dekubitus lateral kiri (Psoas sign). Maneuver psoas sign menyebabkan peregangan pada otot psoas mayor yang teriritasi akibat apendisitis sehingga akan ditemukan pasien yang membungkuk untuk meredakan nyeri karena otot psoas mayor akan memendek. Namun, obturator dan psoas sign jarang terjadi. Selain itu, terdapat nyeri tekan pada sepertiga titik jarak dari SIAS kanan ke umbilicus yang merupakan titik McBurney (Aditya & Satria, 2024)

2.1.6 Pathway



Gambar 2. 1. Pathway
(Sumber: Magungakbar, 2019)

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut jurnal yang ditulis oleh Aditya & Satria (2024) Pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan salah satunya adalah pemeriksaan laboratorium. Pada pasien dengan dugaan apendisitis akut sebanyak 67-90% akan mengalami leukositosis ($>10.000/\mu\text{L}$) dan jika $>17.000/\mu\text{L}$ dapat dikaitkan dengan komplikasi apendisitis akut seperti perforasi, sekitar 80% mengalami shift to the left (neutrophil meningkat), serta peningkatan protein C-reaktif (CRP). Apabila ditemukan leukositosis dan peningkatan CRP, kondisi tersebut berkorelasi dengan kemungkinan terjadinya komplikasi apendisitis. Modalitas pencitraan diperlukan apabila belum dapat ditegakkan apendisitis akut secara klinis. Modalitas pencitraan yang paling umum digunakan adalah USG dan CT-Scan. Hasil USG akan menunjukkan diameter apendiks anteroposterior >6 mm dengan peningkatan ekogenisitas lemak periapendiks yang tidak normal. Namun, USG akan sulit dilakukan apabila pasien obesitas, sudah terjadi komplikasi peritonitis dan tergantung dengan keterampilan operator. Sedangkan CT-scan abdomen memiliki akurasi $>95\%$ untuk menegakkan apendisitis akut dan menjadi lini kedua apabila gambaran USG tidak jelas. CTscan dengan kontras dianjurkan apabila pasien dicurigai sudah terjadi perforasi maupun abses dengan syarat pasien tidak memiliki kontraindikasi terhadap kontras. Hasil CT-scan abdomen akan menunjukkan diameter apendiks anteroposterior >6 mm, penebalan dinding apendiks >2 mm serta penumpukan lemak periapendiks

2.1.8 Komplikasi Apendisitis

Setelah dilakukan tindakan apendektomi dapat terjadi beberapa komplikasi pasca operasi. Apendektomi memiliki tingkat komplikasi mulai dari 8% hingga 11%, tergantung pada teknik pembedahan. Terjadi abses pasca operasi, hematoma, seroma, perdarahan dan infeksi jahitan luka adalah komplikasi yang dapat terjadi setelah melakukan tindakan apendektomi. Pada pasien apendisitis akut dapat juga terjadi apendiks perforasi, jika terjadi ruptur atau perforasi terjadi perbocoran isi dari apendiks ke bagian abdominal, hal ini menyebabkan reaksi peradangan oleh tubuh dan menciptakan abses. Perforasi ditemukan pada 13-20% pasien yang datang dengan apendisitis akut.

1. Abses pasca operasi setelah apendektomi terjadi pada 3% sampai 20% kasus dan lebih sering terjadi pada kasus apendisitis perforasi.
2. Hematoma adalah kumpulan darah dan bekuan darah pada luka, merupakan komplikasi luka yang umum yang menyebabkan perubahan warna pada tepi luka, ketidaknyamanan, dan pembengkakan.
3. Seroma adalah kumpulan cairan jaringan di bawah kulit yang biasanya terdapat di lokasi sayatan bedah, dapat terbentuk segera setelah tindakan operasi atau mungkin terbentuk sekitar 1 hingga 2 minggu setelah operasi (James et al., 2016).
4. Komplikasi atau infeksi jahitan luka sering terjadi setelah apendektomi terutama pada apendisitis yang mengalami gangren dan apendisitis perforasi dengan insiden 9 hingga 53% (Kolondang & Jeffrey, 2022).

2.1.9 Penatalaksanaan Apendisitis

1. Non Operatif Manajemen

Penatalaksanaan apendisitis akut dapat berupa nonoperatif management yaitu dengan manajemen nyeri dan antibiotic. Manajemen nyeri pada pasien dengan curiga apendisitis akut berupa acetaminophen dan nonsteroid antiinflammatory drug harus dipertimbangkan terutama pasien yang memiliki kontraindikasi terhadap opioid. Opioid tidak menunjukkan peningkatan secara signifikan risiko dari Opioid tidak menunjukkan peningkatan secara signifikan risiko dari Opioid tidak menunjukkan peningkatan secara signifikan risiko dari Opioid tidak menunjukkan peningkatan secara signifikan risiko dari terlambatnya atau tidak perlunya operasi

Penatalaksanaan apendisitis akut tanpa komplikasi dapat diobati dengan pendekatan antibiotik. Keberhasilan pendekatan non-operatif memerlukan pemilihan pasien yang cermat dan eksklusi pasien dengan gangren akut apendisitis, abses, dan peritonitis difuse. Strategi antibiotik-pertama dapat dianggap aman dan efektif pada pasien tertentu dengan apendisitis akut tanpa komplikasi. Pasien yang ingin menghindari pembedahan harus menyadari risiko kekambuhan hingga 39% setelah 5 tahun. Strategi antibiotik pertama tampaknya efektif sebagai pengobatan awal pada 97% anak-anak dengan apendisitis akut tanpa komplikasi (tingkat kekambuhan 14%), dengan nonoperatif medication juga menyebabkan morbiditas yang lebih rendah, hari sakit

yang lebih sedikit, dan biaya yang lebih rendah daripada pembedahan
11.

Rejimen antibiotik empiris adalah Amoksisilin/klavulanat 1,2–2,2 g 6 jam atau ceftriazone 2 g 24 jam + metronidazole 500 mg 6 jam atau cefotaxime 2 g 8 jam + metronidazole 500 mg 6 jam. Pada pasien dengan alergi beta-laktam: Ciprofloxacin 400 mg 8 jam + metronidazole 500 mg 6 jam atau moxifloxacin 400 24 jam. Pada pasien dengan risiko infeksi Enterobacteriaceae penghasil ESBL yang didapat dari komunitas: Ertapenem 1 g setiap 24 jam atau tigesiklin 100 mg dosis awal, kemudian 50 mg setiap 12 jam 12 .

2. Tindakan Operatif

Penatalaksanaan apendisitis selanjutnya yaitu dengan tindakan operatif berupa laparotomi terbuka atau apendektomi laparoskopik. Apendektomi melalui laparotomi terbuka pada insisi kuadran kanan bawah minimal atau melalui laparoskopik merupakan pengobatan standar dari apendisitis akut. Apendektomi laparoskopik memberikan hasil rendahnya insiden infeksi luka, komplikasi postoperative lebih sedikit, waktu rawat lebih singkat, dan pasien lebih cepat Kembali beraktivitas dibandingkan dengan laparotomi terbuka baik pada dewasa maupun anak-anak 3 . Penundaan pembedahan di rumah sakit yang singkat hingga 24 jam aman pada apendisitis akut tanpa komplikasi dan tidak meningkatkan angka komplikasi dan/atau perforasi pada orang dewasa. Menunda apendektomi untuk apendisitis akut tanpa komplikasi hingga 24 jam setelah masuk tampaknya tidak menjadi faktor risiko untuk

apendisitis rumit, tidak terkait dengan peningkatan risiko perforasi atau hasil yang merugikan, infeksi tempat operasi pascaoperasi, atau morbiditas. Apendektomi dini adalah penatalaksanaan terbaik pada apendisitis yang rumit. Sebaiknya tidak menunda apendektomi untuk pasien anak dengan apendisitis akut tanpa komplikasi yang membutuhkan pembedahan lebih dari 24 jam sejak masuk. Apendektomi dini dalam 8 jam harus dilakukan pada kasus apendisitis yang rumit. Laparoskopi usus buntu menunjukkan keuntungan yang relevan dibandingkan dengan usus buntu terbuka pada pasien obesitas dewasa, pasien yang lebih tua, dan pasien dengan komorbiditas. Laparoskopi apendektomi selama kehamilan aman dalam hal risiko kehilangan janin dan kelahiran premature.

Pasien dengan apendisitis tanpa komplikasi umumnya akan mengalami periode pasca operasi yang lancar, dan terapi antibiotik pasca operasi tidak diperlukan. Namun, kelompok pasien dengan apendisitis yang rumit harus direncanakan untuk terapi antibiotik rata-rata selama 4 hari. Komplikasi luka, termasuk infeksi, harus dikelola dengan pembukaan luka yang memadai dan irigasi, diikuti dengan balutan. Namun, terapi antibiotik sangat penting dalam penatalaksanaan pasien yang mengalami komplikasi pembentukan abses dan keterlibatan fascia dalam (Cruz & Mayasari, 2022).

2.2 Konsep Appendiktomy

2.2.1 Pengertian

Appendectomy adalah tindakan operasi untuk mengangkat apendiks dengan tujuan mengurangi resiko perforasi. Teknik tindakan appendectomy ada 2 macam, yaitu open appendectomy dan laparoscopy appendectomy. Open appendectomy yaitu dengan cara mengiris kulit daerah McBurney sampai menembus peritoneum, sedangkan laparoscopy appendectomy adalah tindakan yang dilakukan dengan menggunakan alat laparoscop yang dimasukkan lewat lobang kecil di dinding perut (Subagja et al., 2022).

2.2.2 Indikasi Appendiktomy

Indikasi operasi adalah apendisitis akut, apendisitis gangrenosa, apendisitis perforasi, apendisitis kronis, apendisitis abses, dan abses peri-apendikular.

2.2.3 Kontraindikasi Appendictomy

1. Kondisi Medis yang Tidak Terkendali

Pasien dengan kondisi medis yang tidak terkendali (misalnya, sepsis berat, gangguan pembekuan darah, atau gagal organ) mungkin tidak bisa menjalani operasi hingga kondisi mereka stabil.

2. Apendisitis Tipe Ringan atau Tidak Ada Gejala Berat

Pada beberapa kasus dengan gejala ringan atau yang sudah mulai membaik, operasi mungkin tidak perlu dilakukan, terutama jika diagnosis tidak meyakinkan.

3. Kehamilan pada Trimester Awal (secara relatif)

Meskipun apendektomi dapat dilakukan pada kehamilan, pada trimester pertama, ada beberapa pertimbangan tambahan untuk mencegah risiko terhadap janin, meskipun pada umumnya operasi tetap bisa dilakukan jika diperlukan.

4. Infeksi Berat atau Peritonitis Lanjut

Pada pasien dengan peritonitis yang sangat parah dan kondisi yang sudah sangat kritis, pengangkatan apendiks bisa sangat berisiko dan mungkin memerlukan pendekatan penanganan yang lebih hati-hati, termasuk stabilisasi pasien terlebih dahulu.

5. Pasien dengan Reaksi Alergi atau Hipersensitivitas terhadap Anestesi

Jika pasien memiliki alergi berat terhadap obat anestesi atau komplikasi terkait, prosedur ini mungkin tidak dianjurkan tanpa persiapan atau penanganan khusus.

6. Pasien dengan Keadaan Kesehatan yang Terlalu Lemah untuk Menahan Anestesi Umum

Pasien dengan kelemahan fisik ekstrim yang tidak dapat menahan anestesi umum atau tindakan bedah akan dihindari dari operasi apendektomi hingga mereka lebih stabil.

2.2.4 Komplikasi Appendectomy

1. Infeksi Luka

Salah satu komplikasi yang paling umum setelah apendektomi adalah infeksi di area luka operasi. Ini bisa disebabkan oleh bakteri yang

masuk ke dalam luka, menyebabkan kemerahan, pembengkakan, dan keluarnya nanah dari luka.

2. Peritonitis

Meskipun apendektomi dilakukan untuk menghindari peritonitis (infeksi pada rongga perut), dalam beberapa kasus, jika apendiks pecah sebelum operasi, bakteri dapat menyebar ke rongga perut, menyebabkan peritonitis yang serius.

3. Abses Abdominal

Pembentukan kumpulan nanah di dalam perut (abses) bisa terjadi setelah operasi, terutama jika apendiks pecah sebelum diangkat atau jika ada infeksi yang tidak sepenuhnya sembuh.

4. Perdarahan

Perdarahan internal atau eksternal bisa terjadi, terutama jika pembuluh darah besar terluka selama operasi. Ini bisa menyebabkan anemia atau, dalam kasus yang parah, membutuhkan prosedur tambahan untuk menghentikan perdarahan.

5. Obstruksi Usus

Terkadang, setelah operasi, jaringan parut atau adhesi dapat terbentuk di dalam perut, yang dapat menyebabkan penyumbatan usus (ileus). Ini dapat mengganggu proses pencernaan dan memerlukan intervensi lebih lanjut.

2.3 Konsep *Finger Hold*

2.3.1 Definisi

Teknik menggenggam jari adalah salah satu teknik Jin Shin Jyutsu. Jin Shin Jyutsu merupakan teknik akupresur Jepang. Teknik ini adalah suatu seni dengan menggunakan pernafasan dan sentuhan tangan yang sederhana untuk membuat energi yang ada didalam tubuh menjadi seimbang. Terapi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Ketika tubuh dalam keadaan rileks, maka ketegangan otot berkurang dan kemudian akan mengurangi kecemasan (Yuliasuti, 2019).

Teknik relaksasi *finger hold* atau genggam jari adalah cara yang mudah untuk mengurangi nyeri dengan mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Titik titik pada tangan memberikan rangsangan secara reflek (spontan) saat menggenggam jari tangan yang membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah tubuh akan mengeluarkan hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang. Relaksasi genggam jari akan meningkatkan toleransi terhadap nyeri, membuat nyaman dan rileks sehingga nyeri berkurang sehingga terapi *finger hold* efektif terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi (Wati & Aizah, 2024).

2.3.2 Tujuan

Teknik *finger hold* mempunyai tujuan untuk mengontrol dan juga mengembalikan emosi dan membuat tenang tubuh (Pamela, 2018).

Penerapan relaksasi *finger hold* dapat memberikan impuls yang akan diteruskan ke serabut saraf aferen nosiseptor-non nosiseptor, sehingga stimulus dapat tertahan. Selain itu untuk teori two gate control menyatakan pada thalamus yang dapat menyebabkan stimulus akan tertahan lagi, yang dapat membuat sensasi nyeri dapat menurun (Ariani, 2024).

Menggenggam jari disertai dengan mengatur pola nafas dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik masuk dan keluarnya energi pada titik meridian (saluran energi) yang berhubungan dengan organ-organ di dalam tubuh yang terletak pada jari tangan. Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan emosi yang membuat tubuh menjadi rileks. Saat tubuh dalam keadaan santai, maka ketegangan pada otot berkurang dan akan mengurangi kecemasan (Maharani & Maliya, 2024).

Beberapa manfaat dari relaksasi genggam jari (Yohanista & Ronalia, 2024):

1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas
2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
5. Melancarkan aliran dalam darah

2.3.3 Indikasi

Menurut (Kusuma dkk., 2024), Hold Finger atau teknik relaksasi genggam jari dapat dilakukan dapat digunakan pada seluruh pasien pasca operasi dengan keluhan nyeri. Indikasi Hold Finger dilakukan pasien post

operasi yang mengalami nyeri, kecemasan, dan dapat berkomunikasi dengan baik.

2.3.4 Kontraindikasi

Menurut (Kusuma dkk., 2024) klien yang mengalami luka didaerah telapak tangan dan telapak kaki tidak diperbolehkan untuk diberikan terapi *finger hold*. 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.

2.3.5 Prosedur *Finger Hold*

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 nyaman 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

2.4 Konsep Terapi Kompres Hangat

2.4.1 Definisi

Kompres merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan rasa hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memerlukan. Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan rasa hangat dengan suhu 43o – 46o C pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan sehingga kebutuhan rasa nyaman terpenuhi (Yuniarti & Wulandari, 2019). Panas yang dihasilkan akan meningkatkan sirkulasi ke area tersebut sehingga membuka sirkulasi yang disebabkan adanya tekanan (Putri et al., 2023).

Penggunaan kompres air hangat dapat membuat sirkulasi darah lancar, vaskularisasi lancar dan terjadi vasodilatasi yang membuat relaksasi pada otot karena otot mendapat nutrisi berlebih yang dibawa oleh darah sehingga kontraksi otot menurun (Hidayat Alimul & Uliyah, 2014).

2.4.2 Metode Pelaksanaan Kompres Hangat

Kompres hangat dapat diberikan melalui handuk yang telah direndam dalam air hangat. Suhu yang digunakan untuk mengompres harus diperhatikan agar tidak terlalu panas. Walau digunakan untuk mengurangi nyeri, akan tetapi kompres hangat tidak dianjurkan digunakan pada luka yang baru atau kurang dari 48 jam karena akan memperburuk kondisi luka. Tindakan pemberian kompres dilakukan 4 jam setelah pemberian analgesik. Obat-obat analgesik memiliki khasiat rata-rata 4 sampai 6 jam dengan efek puncak obat antara 30-60 menit. Setelah dilakukan kompres, skala nyeri diukur menggunakan numeric rating scale, pada lembar observasi dan didapat hasil ada efektifitas kompres hangat terhadap penurunan nyeri pada pasien (Yuniarti & Wulandari, 2019).

Kompres hangat juga tidak boleh digunakan pada luka terbuka dan luka yang masih terlihat bengkak. Kompres hangat dilakukan dengan temperatur 43°C atau jangan sampai terlalu panas dengan menyesuaikan kenyamanan klien yang akan dikompres dan dilakukan kompres sekitar 5-10 menit. Menurut intervensi keperawatan yang sering dilakukan kompres hangat dilakukan selama 3 hari, sehari 2 kali pagi dan sore (Pratintya et al., 2014).

2.5 Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut

2.5.1 Pengertian Nyeri Akut

Menurut SDKI, nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak

atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2.5.2 Data Mayor dan Data Minor

2.5.2.1 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (missal waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

2.5.2.2 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak ada)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik Diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

2.5.3 Faktor Penyebab

Penyebab (etiologi) untuk masalah nyeri akut adalah:

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).

2.5.4 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. Contohnya nyeri bedah dan trauma

2.5.5 Klasifikasi Nyeri

Nyeri Klasifikasi nyeri umumnya dibagi 2, yaitu:

1. Nyeri akut

Merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017).

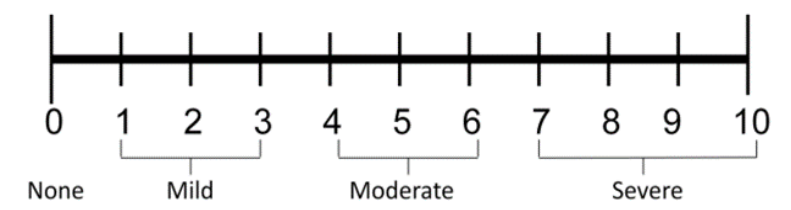
2. Nyeri kronis

Merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, 2017).

2.5.6 Skala Nyeri

1. Skala nyeri Numerical Rating Scales (NRS)

Skala nyeri NRS digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien dapat menilai nyeri dengan menggunakan skala angka 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat menguji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.



Gambar 2. 2. Skala Nyeri Numerical Rating Scales (NRS)

Keterangan :

0 : Tidak Nyeri

1-3 : Nyeri ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

- 7-9 : Nyeri berat, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berinteraksi dengan orang lain.

2. Skala nyeri wajah (Wong-Baker Faces Pain Rating Scale)

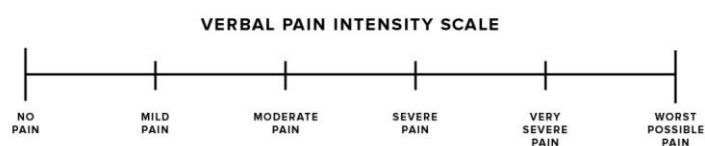
Skala nyeri muka (Wong-Baker Faces Pain Rating Scale) ini tergolong mudah untuk dilakukan. Hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat betatap muka tanpa menanyakan keluhannya. Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah



Gambar 2. 3. Skala Nyeri Wajah

3. Verbal descriptor scale

Skala diskriptif yaitu alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendiskriptif verbal (Verbal Descriptor Scale) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Pendiskripsian ini dirangkai dari “tidak nyeri” sampai "nyeri yang tidak tertahan



Gambar 2. 4. Verbal Descriptor Scale

2.6 Asuhan Keperawatan

2.6.1 Fokus Pengkajian

Pengkajian merupakan proses dokumentasi asuhan keperawatan dengan mengumpulkan informasi atau data pasien agar dapat mengidentifikasi, atau mengenal masalah masalah yang dihadapi pasien, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan pasien baik fisik, mental sosial, dan lingkungan (Hutahaean, 2021). Adapun pengkajian data pasien sebagai berikut:

2.6.1.1 Riwayat Kesehatan Pasien

1. Data demografi

Berisi identitas klien mulai dari nama, jenis kelamin, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan terakhir, alamat, tanggal MRS, tanggal pengkajian, nomor register.

2. Riwayat kesehatan

- a. Keluhan utama: Pasien yang baru saja dilakukan tindakan bedah atau post operasi appendectomy mempunyai keluhan utama nyeri akibat adanya tindakan operasi.
- b. 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.

- c. Riwayat kesehatan yang lalu: apakah klien pernah memiliki penyakit atau operasi sebelumnya. 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
 - d. Riwayat kesehatan keluarga: anggota keluarga yang pernah mengalami suatu jenis penyakit sama serta 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.
 - e. 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.
3. Pemeriksaan fisik
- a. Keadaan umum: kesadaran compos mentis, wajah menyeringai, wajah pucat, tampak lemah
 - b. Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi, respirasi, tinggi badan berat badan

c. Kepala:

Tidak ada gangguan yaitu normo chepalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala, reflek menelan ada (Wahid, 2021).

d. Mata, telinga, hidung, dan mulut

Mata tidak ada gangguan seperti konjungtiva tidak anemis (karena tidak terjadi perdarahan). Wajah nampak menahan sakit, tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk, tidak ada lesi, simetris (Rosyidi, 2021), tidak ada edema. Mulut tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat (Wahid, 2021).

e. Dada

Tidak ada pergerakan otot interkosta, gerakan dada simetris, krepitasi dinding dada tidak ada (Wahid, 2021).

f. Paru

Inspeksi: pernafsan meningkat karena nyeri yang timbul, palpasi: pergerakan simetris, fremitus teraba sama, perkusi: suara ketok sonor, tidak ada redup atau suara tambahan lainnya. Auskultasi: suara nafas normal, tidak ada *wheezing* atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan *ronchi* (Rosyidi, 2021).

g. Jantung

Inspeksi: tidak tampak *ictus cordis*, palpasi: nadi meningkat karena respon nyeri, iktus kordis tidak teraba, auskultasi: suara S1 dan S2 tunggal tidak ada mur mur (Rosyidi, 2021)

h. Abdomen

Inspeksi: bentuk datar, simetris, tidak ada hernia, palpasi: nyeri tekan dan nyeri lepas pada kuadran kanan bawah, hepar tidak teraba, perkusi: suara timpani, ada pantulan gelombang cairan, auskultasi : terdapat bising usus (Rosyidi, 2021).

i. Kulit/integumen

Mengamati adanya perubahan dan pengurangan pigmentasi, lesi kulit, turgor, sianosis, dll.

j. Genetalia

Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada kesulitan BAB (Rosyidi, 2021).

k. Integumen

Tidak terdapat eritema, suhu meningkat ketika pasien mengalami nyeri, tidak ada pembengkakan, CRT meningkat, kekuatan nadi menurun (Wahid, 2021). Batas waktu normal untuk perfusi adalah kurang dari 3 detik (McGuire dkk., 2023). Adapun skala kekuatan nadi menurut (Wahid & Suprpto, 2021) sebagai berikut:

- 1) Level 0 : nadi tidak ada
- 2) Level 1+ : nadi menghilang, hampir tidak ada, mudah menghilang
- 3) Level 2+ : nadi mudah teraba, nadi normal
- 4) Level 3+ : nadi penuh, meningkat
- 5) Level 4+ : nadi mendentum keras, tidak dapat hilang

Derajat piting edama menurut (Calzon dkk., 2024) sebagai berikut:

- 1) *Grade ½* : kedalaman 0 mm - <2 mm;
- 2) *Grade 1* : kedalaman 2 mm - <4 mm;
- 3) *Grade 2* : kedalaman 4 mm - <6 mm
- 4) *Grade 3* : kedalaman 6 mm - <8 mm
- 5) *Grade 4* : kedalaman \geq 8 mm

1. Ekstremitas Atas dan Bawah

Pengukuran ini digunakan untuk membandingkan otot dan gerak sendi menggunakan ROM dengan goniometer. Berikut adalah gradasi dan metode ukur kekuatan otot (Haryono & Utami, 2018):

- 1) Nilai 0 (*Zero*): tidak ada kontraksi saat dipalpasi, paralisis
- 2) Nilai 1 (*Trace*): terasa adanya kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan
- 3) Nilai 2 (*Poor*): dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh
- 4) Nilai 3 (*Fair*): dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan terlalu berat
- 5) Nilai 4 (*Good*): dapat melawan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan yang sedang (tidak terlalu berat)
- 6) Nilai 5 (*Normal*): gerakan ROM penuh dengan melawan gravitasi dan tahanan.

4. 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). Biasanya pasien mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi karena mual, muntah, dan anoreksia.

b. Pola Eliminasi

Mengkaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna, dan kelainan eliminasi, kesulitan eliminasi, dan keluhan yang dirasakan pasien saat BAB dan BAK. Biasanya terjadi gangguan eliminasi terutama pada awitan awal dengan gejala konstipasi/diare.

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. Klien mengalami gangguan istirahat dan pola tidur disebabkan yeri atau perasaan tidak nyaman pada perut

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. Timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain (Wahid, 2021).

5. Data penunjang/laboratorium

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

- a. Laboratorium
- b. USG

Leukosit mengalami peningkatan yaitu $> 10.000/mm^3$ dan pada pemeriksaan USG terdapat distensi pada abdomen.

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan atas dasar data pasien. kemungkinan diagnosa keperawatan pada pasien fraktur adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016):

1. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).

Nyeri akut adalah 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. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.

3. Nausea berhubungan dengan peningkatan stimulasi peritoneum

Nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

4. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasive

Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

5. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2017a).

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri dari 3-5 2. Meringis dari 3-5 3. Gelisah menurun dari 3-5	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
		<p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
Nausea bd peningkatan stimulasi peritoneum	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil : - Nafsu makan meningkat - Keluhan mual menurun - Keluhan muntah menurun - Pucat membaik	<p>Manajemen Mual</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 3. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 4. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 5. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) 3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak 4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Ansientas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansientas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi dari 3-5 2. Perilaku gelisah dari 3-5 <p>Pucat dari 3-5</p>	<p>Reduksi ansientas (1.09314) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansientas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Monitor tanda-tanda ansientas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumpuhkan kepercayaan 4. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 8. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 9. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 10. Latihan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 11. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansientas, jika perlu</p>
<p>Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan dari 3-5 2. Keberhasilan badan dari 3-5 3. Demam dari 3-5 4. Kemerahan dari 3-5 5. Nyeri dari 3-5 	<p>Pencegahan infeksi (1.14539) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
	Bengkak dari, 3-5	<p>pada pasien beriko tinggi</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk yang benar 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian obat</p>
Gangguan pola tidur b.d	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun <p>Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Modifikasi lingkungan 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
		<p>waktu tidur</p> <p>13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0056) b.d berhubungan dengan sisi masuknya organisme sekunder terhadap pembedahan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lemah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>Terapi Aktivitas (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. makna aktivitas rutin (mis: bekerja) dan waktu luang 4. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 8. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 9. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial 10. Fasilitasi aktivitas rutin (mis: ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan 11. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak 12. Fasilitasi aktivitas motorik

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
		kasar untuk pasien hiperaktif 13. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot 14. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 15. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan 16. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari 17. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas Edukasi 27. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu 28. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 29. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan 30. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap dimana perawat melakukan tindakan kepada pasien sesuai intervensi yang telah disusun. Tindakan keperawatan mencakup mandiri, kolaboratif, serta pemenuhan kriteria hasil terhadap tindakan yang diberikan pada pasien (Hutahaean, 2021).

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari dokumentasi proses asuhan keperawatan dalam proses ini seluruh proses keperawatan dinilai serta dievaluasi. Dalam evaluasi keperawatan 3 komponen yang

harus dinilai yaitu pengkajian ulang, modifikasi rencana keperawatan, dan penghentian pelayanan. Pengkajian ulang merupakan pemantauan status pasien secara kontiniu, konsisten, dan berkesinambungan. Adapun yang dipantau dan diawasi dalam pengkajian ulang adalah respons pasien atau reaksi terhadap berbagai intervensi keperawatan yang diberikan. Modifikasi rencana keperawatan berhubungan dengan bagaimana berbagai kebutuhan pasien telah terpenuhi. Jika kebutuhan dasar sudah terpenuhi, maka selanjutnya asuhan keperawatan beralih ke tingkat yang lebih tinggi. Selain itu, penghentian pelayanan merupakan tahap akhir dari evaluasi dimana seluruh hasil yang diharapkan sudah tercapai, tujuan yang lebih luas pun sudah terpenuhi. Jika semua sudah tercapai, maka penghentian pelayanan keperawatan dapat benar-benar direncanakan dan dilaksanakan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan (Prabowo, 2018).

2.7 Hubungan Intervensi Pemberian Terapi Finger Hold dan Kompres Hangat terhadap Pasien Apendisitis

Penelitian yang dilakukan oleh Neila Sulung dkk, (2017) pada pasien post appendiktomy di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi menunjukkan hasil bahwa pelaksanaan tehnik relaksasi genggam jari berpengaruh terhadap pengurangan rasa nyeri insisi post appendiktomy. Penurunan skala nyeri ini terjadi karena dengan menggegam jari sambil menarik nafas dalam relaksasi dapat mengurangi nyeri dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Sebelum dilakukan relaksasi genggam terhadap penurunan tingkat nyeri post op apendiktomi, dikategorikan nyeri sedang 4 dan setelah dilakukan relaksasi genggam jari terhadap penurunan tingkat

nyeri post op apendiktomi, dikategorikan nyeri ringan 1,73. Teknik relaksasi Finger Hold dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada median (energy channel) yang terletak pada jari tangan, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflex atau spontan pada saat gengaman. Rangsangan yang diperoleh nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan dan sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Dengan pengaturan nafas melalui gengaman jari, ketegangan serta kecemasan pasien dapat dikontrol, pasien akan merasa rileks dan santai yang selanjutnya akan menimbulkan tingkat kenyamanan yang lebih baik sehingga intensitas nyeri dapat menurun. Perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non nosiseptor. Serabut saraf non nosiseptor mengakibatkan “pintu gerbang” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang. Gerbang dapat ditemukan di sel-sel agar-agar diujung sumsum tulang belakang, thalamus, dan otak kecil. Maka dari itu teknik relaksasi genggam jari efektif dalam menurunkan nyeri post operasi. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan literatur review yang dijelaskan oleh (Ahmad Muzaki, Basuki Widiyanto, 2021) menunjukkan bahwa ada pengaruh efek relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op appendiktomy (Rahmaan, 2022).

Berdasarkan jurnal yang ditulis oleh mengatakan bahwa hasil analisis data dengan menggunakan uji paired T-Test efektifitas kompres hangat terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi appendicitis didapatkan nilai signifikan H_0 ditolak dan menerima H_1 artinya

ada efektifitas kompres hangat terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi appendicitis di RSUD Waikabubak Kabupaten Sumba Barat-NTT. Efek pemberian terapi panas terhadap tubuh antara lain meningkatkan alirandarah ke bagian tubuh yang mengalami cedera, meningkatkan pengiriman leukosit dan antibiotic ke daerah luka; meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan; meningkatkan aliran darah. Kompres hangat dapat menimbulkan efek vasodilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah. Peningkatan aliran darah dapat menyingkirkan produk-produk inflamasi seperti bardikinin, histamin, dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal. Selain itu kompres hangat dapat merangsang serat saraf yang menutup gerbang sehingga transmisi impuls nyeri ke medulla spinalis dan otak dapat dihambat (Talu dkk., 2018)