

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST OP
APPENDIKSITIS PADA NY. S DENGAN TEKNIK RELAKSASI
GENGGAM JARI DI RUANG RUBI ATAS RSUD DR. SLAMET
KABUPATEN GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada
Garut



**DISUSUN OLEH :
ANGGUN TRI W
KHGD 23065**

**STIKES KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM PROFESI NERS
2024**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST OP
APPENDIKSITIS PADA NY. S DENGAN TEKNIK
RELAKSASI GENGAM JARI DI RUANG RUBI ATAS
RSUD DR. SLAMET KABUPATEN GARUT

NAMA : ANGGUN TRI W, S.Kep

NIM : KHGD 23065

KARYA ILMIAH AKHIR-NERS

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini telah disetujui untuk disidangkan dihadapan

Tim Penelaah Program Studi Profesi Ners

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Oktober 2024

Menyetujui

Pembimbing

Devi Ratnasari, M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain
2. Karya Tulis Ilmiah akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisis saya tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan pembimbing
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Oktober 2024

Pembuat pernyataan

Anggun Tri W, S.Kep

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST OP APPENDIKSITIS PADA NY. S DENGAN TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI DI RUANG RUBI ATAS RSUD DR. SLAMET KABUPATEN GARUT

Anggun Tri Wahyuni

Latar Belakang: Rasa nyeri sering sekali menjadi keluhan utama pada pasien dengan pasca pembedahan appendicitis. Nyeri yang timbul disebabkan oleh luka operasi pasca pembedahan. Nyeri akut juga sering terjadi setelah proses apendektomy. Untuk mengatasi nyeri pada pasien post op appendiktomy dengan menggunakan Teknik relaksasi genggam jari. Penatalaksanaan terutama ditunjukkan pada pengendalian atau menghilangkan nyeri. Penatalaksanaan pada pasien appendiksitis meliputi penatalaksanaan secara farmakologi dan non farmakologi. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio, psikologis, sosial, spiritual pada klien dengan nyeri akut post op appendicitis dengan menggunakan EBP Teknik relaksasi genggam jari. **Metode :** Penulisan karya tulis ilmiah menggunakan metode desain karya ilmiah akhir dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien post op appendicitis dengan mengumpulkan data-data dengan cara pengkajian, menentukan diagnosa, melakukan perencanaan, melaksanakan tindakan dan melakukan evaluasi. **Hasil :** Hasil studi kasus pada pasien post op appendicitis dengan masalah keperawatan nyeri akut dapat diatasi dengan melakukan terapi Teknik Relaksasi Genggam Jari, hal ini ditandai dengan klien mengalami penurunan skala nyeri. Maka dari itu, terapi Teknik relaksasi genggam jari sudah terbukti secara empiris sebagai intervensi nyeri akut pada pasien post op appendicitis di Ruang Rubi Atas RSUD dr. Slamet kabupaten garut. **Kesimpulan:** Terapi Teknik relaksasi genggam jari dapat diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien pasca pembedahan appendicitis karena efektif dalam menurunkan nyeri.

Kata Kunci : Post Op Appendicitis, Asuhan Keperawatan, Appendiktomy
Daftar Pustaka 25 buah

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR POST-OPERATIVE APPENDICITIS IN PATIENT S WITH FINGER GRIP RELAXATION TECHNIQUE IN RUBY ROOM AT DR. SLAMET HOSPITAL, GARUT REGENCY

Anggun Tri Wahyuni

Background: Pain is often the main complaint of patients after appendectomy. The pain arises from the surgical wound post-surgery. Acute pain frequently occurs following the appendectomy procedure. To manage pain in post-operative appendectomy patients, the Finger Grip Relaxation Technique is utilized. Management focuses on controlling or eliminating pain, which includes pharmacological and non-pharmacological approaches. **Objective:** To gain real experience in providing comprehensive nursing care, covering bio-psychosocial and spiritual aspects for clients with acute post-operative appendicitis pain using Evidence-Based Practice (EBP) with the Finger Grip Relaxation Technique. **Method:** Writing scientific papers using employs a case study design to explore nursing care issues in post-operative appendicitis clients by gathering data through assessments, determining diagnoses, planning, implementing actions, and evaluating outcomes. **Results:** Case study result in in post-operative appendicitis patients can be overcome by using through the Finger Grip Relaxation Technique, this is indicated by the clien experiencing a decrease in the pain. Therefore, this technique has been empirically proven as an effective intervention for acute pain in post-operative appendicitis patients at the Ruby Room of Dr. Slamet Hospital, Garut Regency. **Conclusion:** The Finger Grip Relaxation Technique can be applied in nursing care for post-operative appendicitis can reducing painintensity..

Keywords: Post-operative Appendicitis, Nursing Care, Appendectomy

References: 25 items

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim, Dengan memanjatkan puji serta syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada baginda kita Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST OP APPENDIKSITIS PADA NY. S DENGAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI DI RUANG RUBI ATAS RSUD DR. SLAMET KABUPATEN GARUT”.

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir- Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak DR H.Hadiat,MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak dr.H.Kurnadi, selaku Wakil Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak H.D Saepudin, S.Sos, M.M,Kes selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut

4. Bapak Drs.H.M Adjidin, M Si, selaku Pengawas Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
5. Bapak H.Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Ibu Sri Yekti Widadi,S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
7. Devi Ratnasari, M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah menyediakan waktu, memberikan arahan, masukan, motivasi dan bimbingannya dalam penyusunan KIA ini.
8. Seluruh Staf dan Dosen pengajar STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali penulis dengan berbagai ilmu yang sangat bermanfaat (Khususnya staf dosen program studi profesi ners)
9. Kedua Orang Tua Penulis Bapak Karsim dan Ibu Mujiah Kedua orang tua ku tercinta dan teteh, kakak yang selama ini dengan sabar dan ikhlas memberikan dukungan sepenuh hidupnya baik nominal, moral maupun spiritual.
10. Teman-Teman “BEM”, Viola Rusmaya, Sofi Aisyah Al-Rizki, Gioamanda Dwi Sumarni, Novi Siti Marwah, Silvia Desri, Regawati Rizkina Milda Anisatul Wahsah yang telah memberikan semangat juga motivasi kepada penulis.
11. Rekan-rekan Angkatan 2023 Program Studi Profesi Keperawatan, pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran penulisan karya tulis ilmiah Akhir ini.

12. Dan yang terakhir, kepada diri saya sendiri. Anggun Tri Wahyuni. Terima Kasih sudah bertahan sejauh ini. Terima kasih tetap memilih berusaha dan merayakan dirimu sendiri sampai di titik ini, walau sering kali merasa putus asa atas apa yang diusahakan dan belum berhasil, namun terima kasih tetap menjadi manusia yang selalu berusaha dan tidak lelah mencoba. Terima kasih karena memutuskan untuk tidak menyerah sesulit apapun yang sedang kamu alami hingga saat ini. Berbahagialah selalu dimanapun berada, Anggun. Apapun kurang dan lebihmu mari hidup lebih Bahagia se bahagia-bahagiaanya.

Garut, Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	4
1.3 Manfaat Penulisan	5
1.4 Manfaat Teoritis.....	5
1.5 Manfaat Praktisis	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Appendiksitis	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Manifestasi klinis	10
2.1.4 Patofisiologi	11
2.1.5 Penatalaksanaan Medis	13
2.2 Konsep Nyeri	14
2.2.1 Definisi	14
2.2.2 Skala Nyeri.....	14
2.2.3 Jenis Nyeri.....	17
2.3 Teknik Relaksasi Genggam Jari	17

2.3.1 Definisi.....	17
2.3.2 Manfaat	17
2.3.3 SOP	18
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Appendicitis	19
2.4.1 pengkajian	19
2.4.2 Diagnosa keperawatan	20
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	21
2.4.1 Implementasi keperawatan	27
2.4.2 Evaluasi keperawatan.....	27
BAB III TINJAUAN KASUS	31
3.1 Tinjauan Kasus	31
3.1.1 Pengkajian	31
3.1.2 Riwayat Kesehatan.....	32
3.1.3 Analisa Data	43
3.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	45
3.1.5 Intervensi Keperawatan /Nursing Care Planning.....	46
3.2 Pembahasan	50
3.2.1 Analisis Pembahasan Tahapan Proses Keperawatan.....	50
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	62
4.1 Kesimpulan	62
4.2 Saran	62

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	21
Tabel 2.2 Evaluasi keperawatan.....	28
Tabel 3.1 Nutrisi metabolik.....	33
Tabel 3.2 Pola Eliminasi	33
Table 3.3 Pola Aktivitas sehari-hari	34
Tabel 3.4 Personal hygiene.....	35
Tabel 3.5 pola istirahat tidur.....	35
Table 3.6 Pemeriksaan Penunjang.....	42
Tabel 3.7 Analisa Data	43
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan /Nursing Care Planning.....	46
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan	48
Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	13
Gambar 2.2 Numeric Ranting Scale.....	15
Gambar 2.3 Jenis Nyeri.....	17

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara penyuluhan

Lampiran 2 Leaflet

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4 Lembar bimbingan

Lampiran 5 Daftar riwayat hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Appendiksitis merupakan radang pada usus buntu, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar Bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017). Appendiksitis merupakan peradangan pada apendiks berbentuk vermiformis. Apendiks adalah organ berongga yang terletak di ujung sekum, biasanya di kuadran kanan bawah. Namun, dapat ditemukan juga di hampir semua area perut, tergantung pada apakah ada masalah perkembangan abnormal, termasuk malrotasi usus tengah, atau jika ada kondisi khusus lainnya seperti kehamilan atau operasi perut sebelumnya.

Kasus appendiksitis menempati urutan ke 39 di dunia, sedangkan di Indonesia kasus appendiksitis menempati urutan ke 48 sebagai penyakit yang paling banyak menyebabkan kematian menurut World Health Dasta, 2021. Dinas Kesehatan Jawa Barat menyebutkan pada tahun 2022, jumlah kasus apendiksitis di Jawa Barat sebanyak 5.980. Appendiksitis dapat terjadi pada semua usia, kejadian appendiksitis ini meningkat pada usia remaja dan dewasa karena orang yang berada pada usia tersebut mulai memiliki banyak kegiatan. Kasus appendicitis merupakan kasus tertinggi dan terbanyak, di RSUD dr. slamet Garut khusus nya ruangan Rubi atas.

Tindakan infasif yang dilakukan pada pasien dengan appenditis yaitu dengan proses pembedahan yang disebut dengan Appedictomy. Appendictomy

merupakan proses pembedahan dengan cara di sayat sehingga dapat membuka bagian tubuh untuk mengangkat apendiks yang meradang. Waktu pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit, sehingga pasien akan mengalami nyeri yang hebat pada dua jam pertama setelah operasi akut akibat pengaruh obat anastesi yang hilang (Fatkan, Yusuf, & Herisanti, 2018). Sebagian besar pasien appendiksitis yang menjalani operasi mengalami nyeri pasca operasi, yang tidak hanya menyiksa dan menyusahkan, tetapi juga dapat menyebabkan komplikasi dan pemulihan yang tertunda. Nyeri dapat memperburuk respon stres, yang menyebabkan peningkatan kerusakan jaringan, koagulasi dan retensi cairan, dan memiliki efek merusak pada penyembuhan pasien. Operasi perut dianggap sebagai salah satu prosedur bedah yang paling menyakitkan. (Wanxia et al, 2019). Laparotomi untuk radang usus buntu. Operasi ini menghilangkan usus buntu untuk mencegah perforasi (Köhler et al., 2021). Operasi ini menyakitkan dan membutuhkan perawatan yang cermat. Respon nyeri pada pasien post op adalah rasa tidak nyaman, bisa berupa nyeri ringan, sedang, atau berat (Walter, 2021).

Nyeri post operasi adalah nyeri yang dirasakan akibat dari hasil pembedahan. Nyeri post operasi dirasakan setiap pasien berbeda-beda tergantung dengan tindakan pembedahan yang dilakukan (Jumah & Wester, 2022). Respon pasien terhadap nyeri yang dialaminya juga berbeda-beda, dapat menunjukkan perilaku seperti berteriak, meringis atau mengerang, menangis, mengerutkan wajah atau menyeringai dan respon emosi (Téoule et al., 2020). Stimulasi mekanis pada luka menginduksi tubuh melepaskan

mediator kimiawi nyeri, menyebabkan ketidaknyamanan pasca operasi (Aprilia, 2021.). Nyeri akut dapat terjadi setelah rangsangan mekanik luka tubuh yang membuat mediator kimia nyeri yang mengakibatkan nyeri setelah operasi (Asnaniar et al., 2023). Menurut (Haryono, 2020) setelah operasi apendektomi, pasien mengalami nyeri yang terkait dengan agen pencedera fisik (luka apendektomi).

Mengurangi rasa nyeri setelah operasi apendiktomi merupakan tujuan utama asuhan keperawatan setelah operasi, walaupun pemberian narkotika atau obat penenang dapat mengurangi nyeri namun memiliki efek samping seperti mual, muntah, konstipasi, kebingungan atau kegelisahan. Post operasi appendectomy mengalami nyeri akibat bedah luka operasi Dalam studi review, Nazemzadeh *et al* , melaporkan efektifitas di berbagai program intervensi yang dimaksudkan untuk mengurangi rasa nyeri dan kecemasan yang disebabkan prosedur yang menyakitksn dan memicu kecemasan pada kelompok usia yang berbeda seperti penggunaan Teknik non farmakologi, salahsatunya Teknik relaksasi genggam jari secara umum hasilnya bersifat aman, non invasive, hemat biaya, dan praktis sehingga dapat diimplementasikan secara mandiri. (Ghardirian & Karami, 2020).

Berdasarkan dari penelitian yang dilakukan Fitria Wati, dkk (2020) menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh terapi relaksasi genggam jari terhadap pengurangan skala nyeri pada pasien post op appendik. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wati & Ernawati (2020) menunjukkan bahwa ada perubahan skala nyeri sebelum dan sesudah

diberikan tindakan berupa terapi teknik relaksasi genggam jari. Subjek dari penelitian mengatakan setelah diberikan terapi teknik relaksasi genggam jari menjadi lebih nyaman dan nyeri berkurang.

Berdasarkan uraian yang tertera diatas, dapat disimpulkan bahwa pada kasus klien dengan appendiksitis dapat timbul berbagai masalah keperawatan khususnya pada post operasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan yakni Teknik relaksasi genggam jari dikarenakan lebih mudah dilakukan dimanapun dan kapanpun, praktis dan tidak memerlukan biaya.

Berdasarkan masalah yang ada, maka penulis menganggap penting untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “ Analisis Asuhan Keperawatan Appendiksitis pada Ny. S Dengan Teknik relaksasi Genggam Jari Di Ruang Rubi Atas RSUD dr. Slamet Garut “.

1.2 Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio, psiko, sosial, spiritual pada klien post op Appendiksitis

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan Karya Ilmiah Akhir ini yaitu sebagai berikut :

- a. Mampu melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Ny. S yang mengalami post op App

- b. Dapat merumuskan diagnose keperawatan pada Klien Ny. S yang mengalami post op app
- c. Menyusun rencana Tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnose keperawatan yang telah ditentukan pada klien Ny. S yang mengalami post op app
- d. Melaksanakan Tindakan asuhan keperawatan yang direncanakan untuk membantu memecahkan masalah yang dihadapi pada klien Ny. S yang mengalami post op app
- e. Mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan terhadap Ny. S
- f. Menganalisis *Evidence Based Praticice* (EBP) Teknik relaksasi genggam jari yang telah diimplementasikan kepada Ny. S

1.3 Manfaat Penulisan

Tujuan dari penulisan Karya Tuklis Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) adalah untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan Pasien Post Op Appendiksitis pada Ny. S dengan Terapi Teknik Genggam Jari di Ruang Rubi Atas Rsud dr. Slamet.

1.4 Manfaat Teoritis

Sebagai kerangka berfikir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post Op Appendiksitis secara holistic

1.5 Manfaat Praktis

Sebagai sumber informasi bagi pembaca mengenai asuhan keperawatan pada pasien post Op appendiksitis dengan masalah Nyeri Akut

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dari kasus ini dapat berperan sebagai kontribusi dalam peningkatan layanan di rumah sakit untuk memberikan perawatan medis kepada pasien yang telah menjalani operasi akibat appendicitis.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Harapannya, karya tulis ini bisa menjadi sumber referensi dan panduan yang berguna untuk memperkaya pengetahuan, serta meningkatkan standar perawatan medis bagi pasien yang telah menjalani operasi akibat appendicitis, selain itu, diharapkan juga dapat berkontribusi dalam perkembangan profesi keperawatan.

1.6 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan bertujuan untuk mempermudah pemahaman dan penelaahan dalam penelitian. Dalam laporan penelitian ini sistematika terdiri dari 4 bab yakni:

1) pendahuluan yang berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat dan sistematika penulisan;

2) Tinjauan Pustaka, yang terdiri dari tinjauan teori yang berisi mengenai landasan teoritis terhadap penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan yang mendukung juga berkaitan dengan judul yang diambil oleh penulis;

3) Tinjauan kasus dan pembahasan, terdiri dari berdasarkan konsep asuhan keperawatan yang digunakan dan biasanya terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan, juga disertai pembahasan mengenai analisis asuhan keperawatan menggunakan EBP (evidence Based Praticce) terapi Teknik relaksasi gengam jari;

4) Kesimpulan, merupakan bab terakhir dalam penelitian dan berisi Kesimpulan juga saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Appendiksitis

2.1.1 Definisi

Appendiksitis merupakan radang pada usus buntu, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar Bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017). Apendisitis akut termasuk penyakit paling umum yang dapat menyebabkan kondisi kegawatdaruratan pada bagian bedah abdomen. Namun, keterlambatan diagnosis apendisitis akut masih sering terjadi. Manifestasi klinis khas apendisitis akut adalah nyeri kolik di periumbilical yang kemudian bermigrasi ke kuadran kanan bawah, anoreksia atau penurunan nafsu makan, mual dan/muntah. Pemeriksaan fisik yang khas adalah nyeri tekan di titik mcburney, rovsing sign, obturator sign serta psoas sign.

Appendiksitis merupakan proses terjadinya peradangan pada bagian appendiks vermiformis, yang diakibatkan oleh penyumbatan pada lapisan saluran (lumen) apendiks, penyumbatan akan menyebabkan penumpukan bakteri di apendiks dan biasanya ditandai dengan perasaan tidak nyaman dan nyeri dibagian umblikus kemudian dalam beberapa jam rasa nyeri akan berpindah ke bagian kuadran kanan bawah, kemudian diikuti oleh mual dan muntah serta anoreksia.

Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks vermiformis atau biasa dikenal di masyarakat dengan peradangan pada usus buntu yang penyebabnya masih di perdebatkan. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa adanya peradangan atau sumbatan pada apendiks yang bersifat Episodik dan hilang timbul dalam waktu yang lama. Apendisitis merupakan salah satu kasus tersering dalam bidang bedah abdomen yang menyebabkan nyeri abdomen akut dan memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya seperti Gangrenosa, Perforasi bahkan dapat terjadi Peritonitis Generalisata. Penyumbatan akan menyebabkan lumen usus buntu terhambat, sehingga bakteri menumpuk di usus buntu dan menyebabkan peradangan Akut dengan Perforasi dan pembentukan Abses (Amalina, et al, 2018).

Dapat disimpulkan bahwa Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis yang lebih dikenal masyarakat awam sebagai penyakit usus buntu.

2.1.2 Etiologi

Penyumbatan lumen merupakan faktor predisposisi paling umum terjadinya apendisitis (Snyder et al., 2018). Biasanya sumbatan disebabkan oleh:

1. Hiperplasia folikel limfoid—penyebab paling umum.
2. Lumen apendiks mempunyai faecolith.
3. Benda asing seperti biji-bijian.
4. Penyempitan lumen akibat fibrosis yang disebabkan oleh peradangan.

5. Kebanyakan infeksi usus besar disebabkan oleh E. Coli dan Streptococcus.
6. Ada lebih banyak laki-laki daripada perempuan. Kebanyakan orang berusia 15-30 tahun. Hal ini disebabkan oleh pertumbuhan jaringan limfoid.
7. Tergantung pada bentuk lampiran: a. Lampiran yang terlalu panjang. b. Lampiran kecil. c. Penonjolan jaringan limfoid lumen apendiks. d. Anomali katup dasar usus buntu

2.1.3 Manifestasi klinis

Apendisitis ditandai dengan nyeri abdomen periumbilikal, mual, muntah, lokalisasi nyeri ke fosa iliaka kanan, nyeri tekan saat dilepas di sepanjang titik McBurney, nyeri tekan pelvis pada sisi kanan ketika pemeriksaan per rektal (Thomas et al., 2016). Nyeri bisa secara mendadak dimulai diperut sebelah atas atau di sekitar pusar, lalu timbul mual dan muntah. Setelah beberapa jam, rasa mual hilang dan nyeri berpindah ke perut kanan bagian bawah.

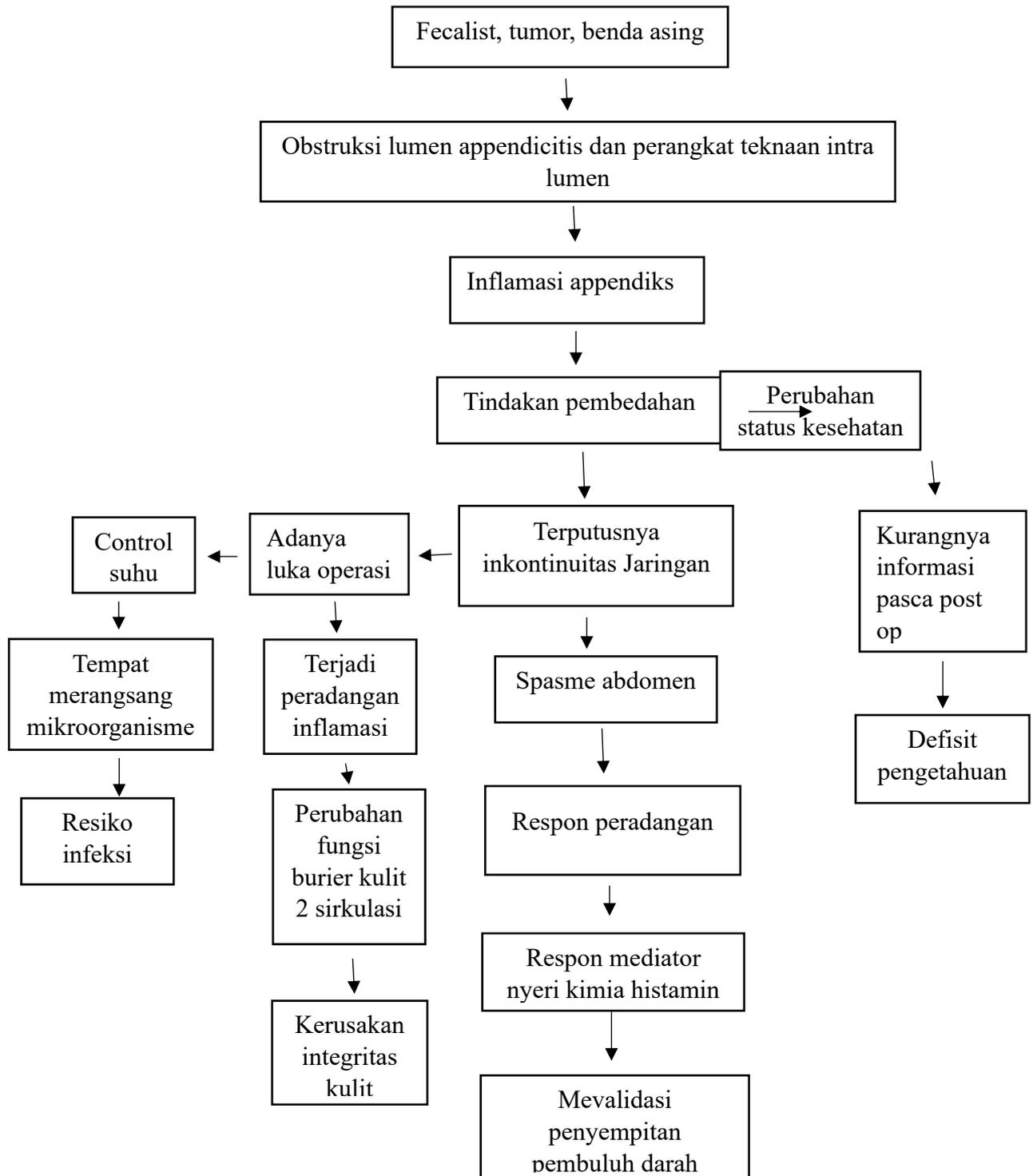
1. Biasanya demam ringan dan nyeri kuadran kanan bawah
2. Muntah mual
3. Anoreksia, malaise
4. Nyeri lepas lokal pada titik Mc. Burney
5. Spasme otot
6. Konstipasi, diare

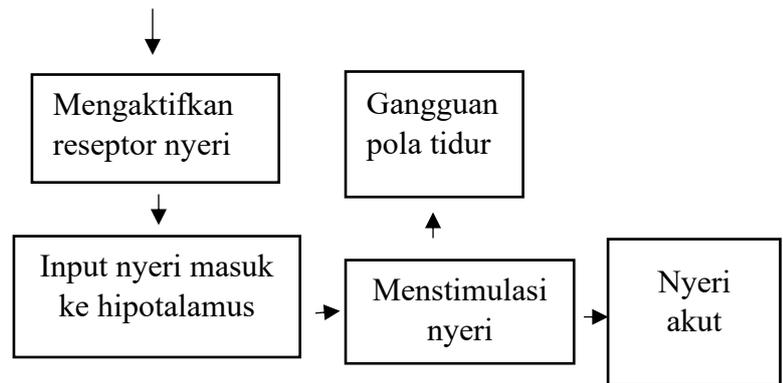
2.1.4 Patofisiologi

Apendisitis pada umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Banyak faktor yang dapat menjadi pencetus infeksi tersebut diantaranya adalah obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Hal ini akan menyebabkan peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks. (Mardalena, 2017). Kotoran atau feses dapat menyumbat lumen sehingga menyebabkan radang usus buntu (Bessoff & Forrester, 2020). Appendiksitis bisa disebabkan karena adanya penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena adanya fibrosis akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa lalu mengalami bendungan. Semakin lama mucus tersumbat semakin banyak, namun ke elastisitan dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga dapat menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut lalu menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah lalu terjadi yang disebut apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri pada epigastrium. Bila sekresi mucus terus berlanjut dan tekanan mengalami terus menerus peningkatan, hal ini tentunya dapat menyebabkan obstruksi vena, lalu edema dapat bertambah, dan bakteri akan menembus dinding, dan yang terjadi selanjutnya dapat terjadi yakni aliran arteri dapat terganggu lalu terjadi infark pada dinding apendiks, bertambah parah apabila pasien memiliki daya tahan tubuh yang masih kurang yang akan

memudahkan terjadinya perforasi. Selanjutnya jika pada dinding yang telah rapuh ini bisa pecah maka akan terjadi appendisitis perforasi (Wedjo, 2019)

PATHWAY





Gambar 2.1 Pathway

(SHELEMO, 2023)

2.1.5 Penatalaksanaan Medis

Biasanya perawatan radang usus pasca operasi harus memerlukan pemantauan tanda-tanda vital untuk pendarahan internal syok, hipertermia dan lainnya. Klien bisa disebut apabila dalam keadaan baik jika tidak terjadi gangguan dalam kurung waktu 12 jam, dan puasa dapat dilanjutkan sampai fungsi usus Kembali membaik.

Dalam fase lanjutan dari appendiksitis yang sudah berat dan tidak segera ditangani biasanya akan menyebabkan perforasi appendik atau gangrene pecah akibatnya nanah memasuki usus dan mengakibatkan peritonitis yang luas. Fase ini, laparatomi merupakan Teknik bedah yang mencakup sayatan pada dinding perut hingga ke rongga perut (Fugazzola et al.,2020).

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik yang multidimensional, fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar dan tajam), durasi (transien, intermiten, persisten) dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus). Nyeri merupakan suatu perasaan atau pengalaman yang tidak nyaman baik secara sensoria tau emosional yang ditandai dengan terjadinya kerusakan jaringan maupun tidak (Syamsiah, 2015)

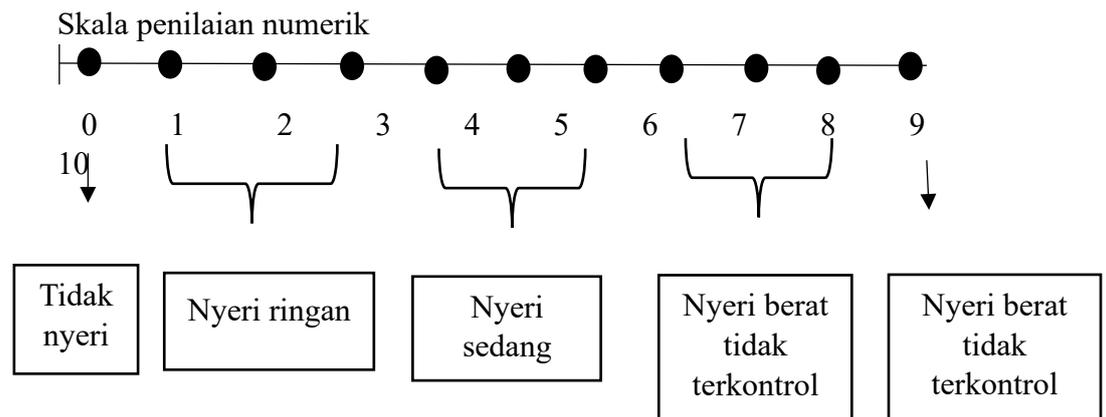
2.2.2 Skala Nyeri

Intensitas nyeri merupakan suatu Gambaran untuk mendeskripsikan seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh pasien, pengukuran nyeri sangat subyektif dan bersifat individual sehingga intensitas nyeri yang dirasakan akan berbeda dengan individu lainnya (Tamsuri, 2007 dalam (Wiarso, 2017). Penilaian dan pengukuran derajat nyeri sangatlah penting dalam proses diagnosis penyebab nyeri, sehingga dapat dilakukan Tindakan selanjutnya yang tepat meliputi Tindakan farmakologi dan non farmakologi. Pengukuran keseriusan nyeri sangat subjektif serta individual dan mungkin rasa nyeri dalam keseriusan yang sama dialami sangat berbeda oleh 2 orang yang berbeda.

Berdasarkan uraian tersebut peneliti ingin menggunakan metode pengukuran skala nyeri meliputi numeric Rating Scale (NRS) dan

Wong Baker FACES Pain Rating Scale, masing masing dari kelebihan serta kekurangan skala pengukuran nyeri tersebut meliputi : ukuran intensitas nyeri

a. Numeric Rating Scale (NRS).



Gambar 2.2 *Numeric Ranting Scale*

Dengan keterangan nilai sebagai berikut :

1. Nilai 0 (tidak nyeri) : kriteria dari nilai 0 klien tidak merasa nyeri, ekspresi wajah terlihat tersenyum, dapat melakukan aktivitas dengan gampang, tidak menunjukkan bagian mana yang nyeri.
2. Nilai 1-3 (nyeri ringan) : skala nyeri dengan nilai 1-3 akan merasa kram pada bagian perut bawah, tetapi masih bisa melakukan kegiatan, bisa berkomunikasi dengan jelas dan baik, dan masih bisa berkonsentrasi.
3. Nilai 4-6 akan merasa kram pada bagian bawah perut, mimik wajah akan menyeringai, akan mendesis merintih, dan nyeri akan terasa menyebar ke bagian pinggang, selera makan berkurang, Sebagian aktivitas akan terganggu, sulit untuk berkonsentrasi, akan memegang area yang terasa nyeri, dan bisa mendeskripsikan atau menjelaskan nyerinya.

4. Nilai 7-9 (nyeri berat terkontrol) : nilai skala nyeri 7-9 klien merasa kram berat di bagian perut bawah, ekspresi wajah akan menyeringai, bahkan menangis, nyeri terasa menyebar ke area pinggang, paha atau are punggung, tidak kuat atau tidak bisa beraktivitas, terkadang tidak bisa mengikuti perintah akan tetapi masih merespon terhadap suatu Tindakan, mampu menunjukkan Lokasi nyeri, merasa mual, dan tidak selera makan.
5. Nilai 10 (nyeri sangat berat/tidak terkontrol) : nilai nyeri 10 akan terasa kram yang sangat berat sekali pada bagian perut bawah, nyeri menjalar ke bagian pinggang, kaki dan bagian punggung, merasa sakit kepala, merasa mual dan muntah, tidak nafsu makan, lemas, tidak bisa melakukan aktivitas, tangan mengepal, mengatupkan kedua gigi, bahkan menjerit terkadang sampai pingsan, klien tidak mampu lagi untuk diajak berkomunikasi.

Skala nyeri wajah

Kala wajah terdiri dari enam ekspresi mimik wajah dengan profil kartun yang menggambarkan ekspresi wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri), selanjutnya secara bertahap meningkat akan menjadi ekspresi wajah yang kurang Bahagia, ekspresi wajah yang sangat sedih sampai ekspresi wajah yang ketakutan (nyeri yang sangat hebat).

2.2.3 Jenis Nyeri



3. Gambar 2.3 Jenis Nyeri

3.1 Teknik Relaksasi Genggam Jari

3.1.1 Definisi

Teknik pernapasan relaksasi adalah tindakan asuhan keperawatan, yang mengajarkan pasien melakukan teknik nafas dalam / pernapasan secara perlahan (tahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan nafas secara perlahan. Selain mengurangi intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam, juga dapat meningkatkan ventilasi paru-paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Asman, 2019). Relaksasi nafas dalam dilakukan dengan mengajarkan klien untuk mengambil nafas dalam-dalam dan melepaskan rasa sakit dirasakan (Rohyani, 2020).

3.1.2 Manfaat

Salah satu metode non farmakologi untuk mengurangi nyeri adalah relaksasi genggam jari. Relaksasi genggam jari cukup mudah dilakukan dan diterapkan secara mandiri (Asnaniar et al., 2023). Menggenggam jari dikombinasikan dengan mengatur napas dalam (relaksasi) selama 3 hingga 5 menit dapat membantu mengurangi ketegangan fisik dan

emosional. Hal ini disebabkan genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuk energi meridian di jari tangan (Sulung & Rani, 2017). Relaksasi genggam jari melibatkan aliran energi melalui jari tangan dan tubuh. Teknik ini dapat mengurangi skala nyeri yang dialami pasien setelah operasi, dengan memberikan sensasi hangat pada titik meridian jari sebagai jalur masuk dan keluarnya energi dalam tubuh, sehingga memberikan rangsangan yang dapat mengirimkan gelombang menuju otak dan kemudian berlanjut untuk mempengaruhi saraf ke seluruh tubuh yang memiliki gangguan akan menjadi lancar di jalur energi (Asni, 2019)

Melakukan metode relaksasi genggam jari pada pasien post op appendicitis dapat menyebabkan rangsangan nyeri berkurang serta terhambat dikarenakan Teknik relaksasi genggam jari dapat merespon serabut aferen non-nosiptor. Dalam teori two gate control juga menerangkan bahwa dengan adanya salah satu “pintu gerbang” disaraf thalamus mengontrol rangsangan nyeri dari saraf trigeminus dan mengakibatkan rangsangan yang mengarah ke kortek serebi menjadi terhalang dan nyeri berkurang (Astutik & Eka, 2017)

3.1.3 SOP

Dengan terdapat luka akibat pembedahan menstimulasi impuls saraf aferen non-nosiseptor yang mengakibatkan nyeri. Intensitas nyeri akan mengalami penyesuaian diakibatkan oleh rangsangan Teknik relaksasi genggam jari lebih dulu sampai ke otak. Metode Teknik terapi genggam

jari dapat juga mengontrol emosi yang dapat menciptakan tubuh menjadi dalam keadaan santai yakni dengan relaksasi genggam jari yang mengeluarkan impuls dikirim melewati serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut sarafaferen menyebabkan gerbang tertutup sehingga rangsangan pada kortek serebi menjadi terhambat (Astutik & Eka. 2017)

Teknik relaksasi genggam jari ini dilaksanakan 15 menit dari satu persatu jari beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama menurut (Sulung & Rani, 2017)

1. Duduk atau berbaring dengan posisi nyaman
2. Mulai dengan menggenggam ibu jari
3. Selanjutnya, dengan menggenggam jari telunjuk
4. Lalu berpindah ke jari tengah
5. Dan yang terakhir pindah dari genggam jari ke jari kelingking.

<p>LEMBAR STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL GENGAM JARI</p>
<p>Pengertian : Teknik relaksasi genggam jari merupakan intervensi non farmakologis dalam manajemen nyeri, Teknik ini dapat dilakukan oleh siapa saja, dan dimana saja. Sensai yang dirasakan ini memberikan rasa kenyamanan, menghilangkann rasa stress pada fisik dan peningkatan toleransi terhadap rasa sakit (Hasaini, 2019)</p>
<p>Tujuan : 1. Mengurangi nyeri 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 3. Memberikan sensai rasa nyaman pada tubuh 4. Menenangkan fikiran dan mengendalikan emosi</p>

Prosedur : prosedur pelaksanaan Teknik relaksasi genggam jari

diantaranya yaitu :

1. Posisikan pasien berbaring lurus ditempat tidur atau posisikan pasien duduk
2. Relaksasi dimulai dengan menggam jari pada bagian ibu jari, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut
3. Tutup mata, focus, Tarik nafas perlahan dari hidung, hembuskan perlahan dengan mulut
4. Genggam jari selama akurang lebih dari 3-5 menit sembari Tarik nafas perlahan dari hidung, lalu hembuskan perlahan melalui mulut dilakukan satu persatu dengan rentang waktu yang sama



Tabel 2.1 SOP Sumber : oleh (Sulung & Rani, 20)

3.2 Konsep Asuhan Keperawatan Appendicitis

3.2.1 pengkajian

a. Data Demografi

Berisi identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, agama, Alamat, status perkawinan, suku/bangsa, Pendidikan, nomor register

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Nyeri pada bekas luka post opp appendicitis

2. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan nyeri pada bekas luka post opp abdomen kuadran kanan bawah

Provoking incident

Quality of pain

region

3. Riwayat penyakit dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon

4. Riwayat penyakit keluarga

Apakah keluarga ada yang mengalami penyakit yang serupa sebelumnya

c. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : kesadaran Compo menthis, wajah tampak meringis, konjungtiva anemis

System kardiovaskuler : ada distensi vena jugularis, pucat, TD

System respirasi :

d. Pola fungsi Kesehatan

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2017).

Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnose keperawatan utama yang dapat muncul pada appendicitis, antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiki (prosedur operasi)
- b. Risiko hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (muntah)
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasi
- d. Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Gangguan pola tidur berhbungan nyeri

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiki (prosedur operasi)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan

			<p>dan keyakinan tentang nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan 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 analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian
--	--	--	---

			analgetik, jika perlu
2	Gangguan integritas Kulit	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat , dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan laipasn kulit menurun 2. Kerusakan jaringan menurun 	<p>Perawatan Luka Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur Rambaut di sekitar luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Ganti balutan seuai jumlah eksudat dan drainase 8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau seuai kondisi pasien 9. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari 10. Berikan suplemenvitamin dan mineral (mis vitamin , C, Zinc, asam folat sesuai indikasi 11. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous) jika perlu edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan

			<p>protein</p> <p>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri kolaborasi</p> <p>1. kolaborasi prosedur debridement</p> <p>2. Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu</p>
3	Risiko infeksi berhubungan dengan Tindakan invasi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih menurun 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunj8ng 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi⁹ 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
5	Gangguan pola tidur	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 1. Keluhan sering terjaga menurun 	<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

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis,
--	--	--	---

			<p>gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</p>
--	--	--	--

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status Kesehatan yang dihadapi ke status Kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, P., dan Perry, 2014)

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi atau aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama tam mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, selanjutnya memantau dan mencatat respon klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan keseharan lainnya. Kemudian dengan menggunakan data dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya. Wilkinson.M.J, 2015.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status Kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto & Wartonah, 2015) yang dimana evaluasi keperawatan ini dicatat dan disesuaikan dengan setiap diagnose keperawatan meliputi data subjektif (S) dan data objektif (O) , analisis permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P)

Adapun beberapa jurnal terkait Teknik relaksasi genggam jari diantaranya yaitu :

Tabel 2.2 Evaluasi keperawatan

No	Nama Peneliti	judul	metode	Sampel (N)	Hasil Penelitian	Data Base
1	Ratih widya retnaningrum, dkk	Pemberian Terapi Relaksasi Genggam Jari Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Appendiktomi	Desain Penelitian : lappran kasus (<i>case report</i>)	1 orang	Hasil penelitian membuktikan bahwa skala nyeri berubah sebelum dan sesudah dilaksanakan intervensi relaksasi genggam jari selama 1x sehari dalam 3 hari. Pada hari pertama pasien mengeluh nyeri pada skala 7 kemudian dilaksanakan relaksasi genggam jari pada hari ketiga hasil evaluasi skala nyeri pasien berada pada angka 1-2 sehingga relaksasi genggam jari memiliki efek positif terhadap respon fisiologis dan kenyamanan yaitu menurunkan Tingkat	scholar

					nyeri pada pasien nyeri akut setelah prosedur appendectomy	
2	Mimirosis ka, dkk	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien post Op	Desain Penelitian : Teknik <i>Purposive Sampling</i>	8 orang	Hasil penelitian ini menyatakan bahwa diperoleh hasil uji t test independent untuk petest dan post test didapatkan nilai p-value 0,011. Maka terdapat perbedaan yang signifikan antara pretest dan posttest yang berarti ada pengaruh pemberian Teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op di Ruang Bedah RSUD Mayjen H.A Thalib Kerinci Tahun 2021	Scholar
3	Safaruddin Ahmad, Sirajul Kardi, 2020	Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Tingkat Nyeri Pasien post Operasi Appendiktomi di Ruang Melati RSUD Kota Kendari Tahun 2020	Desain Penelitian : pra-eksperimen dengan rancangan One-Group pra-post test design	40 orang	Hasil dari penelitian ini yaitu intensitas nyeri sebelum dilakukan intervensi Teknik relaksasi genggam jari Sebagian besar responden mengalami nyeri sedang sebanyak 21 responden (65,6%) dan sesudah dilakukan intervensi Teknik relaksasi genggam jari Sebagian besar responden mengalami nyeri sedang yaitu sebanyak 19 responden (59,4%) sedangkan hasil uji t test didapatkan nilai p-value sbesar 0,000. Yang artinya ada pengaruh Teknik relaksasi genggam jari terhadap Tingkat nyeri	scholar

					pasien post operasi appendiktomi di ruang Melati RSUD Kota Kendari.	
4	Selia Gina Ristanti, Anik, dkk 2023	Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendiktomi Di Ruang Bedah RSUD Jendral Ahmad Yani Metro	Desain penelitian : studi kasus (<i>case study</i>)	2 orang	Hasil penerapan terbukti bahwa skala nyeri pada subyek 1 (Nn. K) sebelum penerapan genggam jari yaitu 5 (lima) dan skala nyeri setelah dilakukan genggam jari selama 3 hari mengalami penurunan menjadi 1 (skala nyeri ringan). Skala nyeri subyek 2 (Tn. M) sebelum penerapan genggam jari yaitu 5 (lima). Skala nyeri setelah dilakukan genggam jari selama 3 hari mengalami penurunan menjadi 2 (dua). Maka hasil pengkajian skala nyeri sebelum dan setelah penerapan genggam jari diatas menunjukkan bahwa terjadi penurunan skala nyeri pada kedua subyek.	scholar
5	Heriyanda, dkk 2023	Perbandingan Teknik Relaksasi Genggam Jari Dengan Teknik Relaksasi Benson terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi apendiktomi	Desain Penelitian : <i>pre-test and post test to group without control</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	2 orang	Hasil penelitian ini terjadi penurunan skala nyeri dimana pasien 1 nilai skala nyeri pre adalah 5 dan nilai post turun menjadi 2 dan pasien 2 dengan nilai skala nyeri pre adalah 6 turun menjadi 2 pada nilai post nya. Implementasi keperawatan mengkaji nyeri Teknik relaksasi nafas dalam, mengatur posisi semi fowler dan	Scholar

					kolaborasi pemberian obat untuk mngurangi nyeri aku yang dirasakan pasien.	
--	--	--	--	--	--	--

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

3.1.1.1 Identitas Pasien

Nama mahasiswa : Anggun Tri Wahyuni

NIM : KHGD 23065

Tanggal Pengkajian : Selasa, 1 juli 2024

a. Identitas Diri

Nama : Ny. S

Umur : 20 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Status : Belum Menikah

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Suku bangsa : Sunda

NO CM : 0013467

Diagnosa Medis : Appendicisitis

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. R

Umur : 48 Tahun

Pendidikan : SMA

Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Suku Bangsa : Sunda
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Sukawening, Garut
Hubungan Dengan Klien : Ibu – Anak

3.1.2 Riwayat Kesehatan

3.1.1.1 Keluhan Utama

Klien mengeluh **nyeri pada luka bekas op app** :

3.1.1.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 1 juli 2024 pada pukul 09.00, klien mengatakan **nyeri pada luka bekas op app, nyeri bertambah jika bergerak, nyeri berkurang apabila istirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, klien meringis kesakitan, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul**

3.1.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak mempunyai Riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes maupun yang lain, pola hidup klien sebelum sakit bisa dibilang kurang sehat dikarenakan gemar mengkonsumsi makanan pedas, berminyak dan makanan cepat saji, sehari-hari klien kurang mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti ikan, sayur dan buah-buahan, klien tidak

memiliki kebiasaan merokok maupun kopi, klien jarang mengalami stress, klien mensyukuri keadaannya saat ini.

3.1.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan anak ke 1 dari 2 bersaudara, anak ke 2 menurut klien tidak pernah mengalami penyakit seperti yang klien alami saat ini, pada anggota keluarga yang lain juga tidak memiliki Riwayat penyakit seperti yang dialami klien dan penyakit lainnya.

a. Nutrisi metabolik

Tabel 3.1 Nutrisi metabolik

No	Jenis	Kebiasaan
1	Pola makan Jenis Porsi Frekuensi Diet khusus Makanan yang disukai Makanan yang tidak disukai Kesulitan menelan Gigi palsu Nafsu makan	Nasi dan lauk pauk 1 porsi 2x/hari Tidak ada Ikan, daging Tidak ada Tidak ada Tidak ada Baik
2	Pola minum Jenis Frekuensi Jumlah Pantangan Minuman yang disukai	Air putih 5-7 x/hari 2 lt Tidak ada Susu

b. Pola eliminasi

Tabel 3.2 Pola Eliminasi

No	Jenis	Kebiasaan
1.	BAB Frekuensi Warna Masalah	1x/hari Kuning, khas feses Tidak ada

2.	BAK Frekuensi Warna Masalah	6-9x/hari Kuning/bening, jernih Tidak ada
----	--------------------------------------	---

c. Pola aktivitas sehari-hari

Table 3.3 Pola Aktivitas sehari-hari

No	jenis	Kebiasaan				
		0	1	2	3	4
1	Mandi	√				
2	Berpakaian	√				
3	Eliminasi	√				
4	Mobilisasi tempat tidur	√				
5	Berpindah	√				
6	Berjalan	√				
7	Berbelanja	√				
8	Memasak	√				
9	Naik tangga	√				
10	Pemeliharaan rumah/ruangan	√				

Keterangan :

1: mandiri

2: alat bantu

3: dibantu orang lain

4:dibantu orang lain/ alat

5: tergantung/ tidak mampu

Kesimpulan ; Aktivitas sehari-hari klien dilakukan

Tabel 3.4 Personal hygiene

No	Jenis	Kebiasaan sehari-hari
1	Mandi	Frekuensi : 1xhari
2	Berpakaian	Frekuensi : 1x/hari
3	Mobilisasi tempat tidur	Mandiri tanpa bantuan

d. Pola persepsi kognitif

Berbicara : klien berbicara dengan baik, jelas dan dapat dimengerti

Bahasa : Bahasa yang digunakan oleh klien yaitu Bahasa sunda

Kemampuan membaca : klien mampu membaca dengan baik dan

Tingkat ansietas : klien tidak merasa cemas

Kemampuan berinteraksi : klien dapat berinteraksi dengan mengobrol dengan santai dan kooperatif

e. Pola istirahat tidur

Tabel 3.5 pola istirahat tidur

No	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1	Tidur siang Lama tidur Keluhan	15 menit Berisik	15 menit Berisik
2	Tidur malam Lama tidur Keluhan	7 jam Tidak ada	6 jam Tidak ada

f. Pola konsep diri

Citra Tubuh : Klien mengatakan puas terhadap dirinya dan mensyukuri hidupnya.

Ideal Diri : Klien berharap sehat agar dapat melakukan banyak hal dan tidak merepotkan anaknya.

Harga Diri : Klien mengatakan puas dengan keadaannya saat ini

Identitas Diri : Klien sebagai seorang anak dari 2 bersaudara

Peran Diri : Klien seorang anak

g. Pola peran dan hubungan

Hubungan klien dengan keluarga dan tetangga di sekitar sangat baik.

Klien mempunyai 1 saudara kandung.

h. Pola reproduksi dan seksual

Klien belum menikah dan belum mempunyai anak, klien tidak mempunyai riwayat penyakit seksual dan klien merasa baik-baik saja dengan keadaan reproduksinya.

i. Pola pertahanan diri dan koping

Jika klien mempunyai masalah ataupun sedang banyak hal yang dipikirkan, klien selalu membicarakan masalahnya dengan orang tuannya

j. Pola keyakinan dan nilai

Klien beragama islam, klien selalu menjalankan kewajibannya yaitu sholat 5 waktu, klien rutin mengaji al-qur'an setelah solat magrib dan klien juga rutin mengikuti pengajian 1 hari sekali di madrasah.

k. Pemeriksaan status mental dan spiritual

Kondisi emosi/perasaan klien :

1) Apakah suasana hati yang menonjol pada pasien? Gembira

2) Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi klien ? Ya

Kebutuhan spiritual klien :

a. Kebutuhan untuk beribadah : Terpenuhi

b. Masalah-masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual : Tidak ada

c. Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual :

Tidak ada

3.1.2 pemeriksaan fisik

1. Tingkat kesadaran : Compos Menthis

GCS : E 4 V 5 M 6

2. Tanda-tanda Vital :

Tekanan Darah : 110/80 mMhg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,1 C

RR : 21x/menit

SPO2 : 98%

3. Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : Compos Menthis

GCS : E4 M6 V5

4. Pemeriksaan fisik

a. System perkemihan

Pasien tidak terpasang kateter urin, warna urin kuning jernih.

Tidak ada keluhan ketika buang air kecil

b. System pencernaan

1) mulut dan kerongkongan : tidak terdapat nyeri, berbicara lancar, mampu menggigit, mampu mengunyah dan menelan, dapat merasakan asin maupun manis, lidah tampak bersih, berwarna merah muda, tidak ada pembengkakan pada gusi, tidak terdapat lesi pada mulut, mukosa bibir lembab.

2) Abdomen : terdapat luka post opp kuadran kanan bawah, berukuran 3 cm dibalut dengan kasa, kondisi luka baik, bersih, kering, tidak tampak push atau nanah, terdengar suara timpani, bising usus 11x/menit di kuadran ke 3 kanan bawah abdomen. Pada saat dilakukan palpasi turgor kulit abdomen kurang dari 3 detik.

3) Anus : Tidak terdapat hemoroid., tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

c. System kardiovaskuler

Tekanan darah 110/90 mmHg , nadi 97x/menit, konjungtiva tidak anemis, CRT < 3 detik, suara jantung S1 dan S2.

d. System persyarafan

Tingkat kesadaran pasien compos mentis.

1) Pemeriksaan Refleks Meningeal

Kaku kuduk : (-)

Kerning sign : (-)

Brudzinki I : (-)

Brudzinki II : (-)

2) Pemeriksaan 12 Syaraf Kranial

N1 (Olfaktori) : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan kopi

N2 (Optik) : Pasien mampu membaca

N3 (Okulomotor) : Pasien mampu mengangkat kelopak mata, dilatasi reaksi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya.

N4 (Troclear) : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah dan keatas

N5 (Trigeminal) : Pasien mampu mengunyah

N6 (Abdusen) : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping

N7 (Fasialis) : Pasien mampu mengangkat alis mata, tidak terdapat gangguan pada saat bicara

N8 (Vestibulocochlear): Pasien mampu mendengar dengan baik

N9 (Glasofaringeal) : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam

N10 (Vagus) : Pasien mampu untuk menelan

N11 (Aksesori) : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan

N12 (Hipoglossus) : Lidah pasien simetris

e. System endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening dan tidak terdapat lesi.

f. System integument

Warna kulit kuning langsung, tampak bersih dan lembab, turgor kulit kurang dari 3 detik, kuku pendek dan bersih.

g. System panca indra

Bola mata dapat bergerak bebas, saat diberikan cahaya miosis, dan pada saat tidak diberikan cahaya midriasis, reflek mengedip dan membuka mata spontan, Gerakan mata pasien dapat melihat ke segala arah, konjungtiva merah muda, dan sklera putih agak keruh. Pengecapan dapat merasakan asin maupun manis. Pada fungsi penciuman pasien dapat mencium bau kayu putih dan kemudian pada fungsi perabaan klien dapat merasakan sentuhan.

h. System penafasan

tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terpasang oksigen, tidak terdapat nyeri sinus (maksilaris, sphenoid, etmoidalis, frontalis). ukuran dada sama simetris, pengembangan dada simetris, terasa ekspansi dada simetris antara kanan dan kiri, pola pernapasan pasien frekuensinya 20 x/menit, irama teratur, bunyi nafas vesikuler.

i. Sistem musculoskeletal

Tidak ada lesi dan ada edema pada ekstremitas atas dan bawah pasien, tidak ada patah tulang pada ekstremitas atas dan bawah,. Pasien mengatakan kedua kaki dan tangannya bisa digerakan.

Kekuatan Otot :

$$\begin{array}{r} 5 \mid 5 \\ \hline 5 \ 5 \end{array}$$

j. System reproduksi

Tidak ada lesi, tidak ada oedema, tidak ada benjolan, tidak terdapat gatal ataupun nyeri di alat genetaliaanya

Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 01 juli 2024

Table 3.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai normal
Hemoglobin	13,3	g/dl	13-16
Hematokrit	43	%	35-47
Jumlah leukosit	10,100	/mm ³	3,800-10,600
Jumlah trombosit	190.000	/mm ³	150,000-440,000
Jumlah eritrosit	5.23	Juta/mm ³	3,6-5,8
Mcv	82	fL	80-100
Mch	25	Pg/cell	26-34
Mchc	31	g/dl	31-37
Hitung jenis			
Basophil	0	%	0-1
Eosinophil	0	%	1-6
Batang	0*	%	3-5
Neutrophil	92*	%	50-70
Limfosit	5	%	30-45
Monosit	3	%	2-10
KIMIA KLINIK			
Glukosa darah sewaktu	112	Mg/dl	<140
SGOT	48	U/L	0-31
SGPT	23	U/L	<35
Paket elektrolit			
Natrium	131	mEq/L	135-145
Kalium	2.7	mEq/L	3,6-5,5
Clorida	96	mEq/L	98-108
Calsium	4.13	mEq/L	4,7-5,2
IMMUNOLOGI/SEROLOGI			
Dengue IgG	Negative	-	Negative
Dengue IgM	Negative	-	Negative
Tubex	Negative	-	negative

3.1.3 Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data

Data	Etiologic	Problem
<p>Ds : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>Skala nyeri 5 nyeri sedang</p> <p>Klien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 3-5 menit</p> <p>Do : klien tampak meringis kesakitan</p> <p>Terdapat luka di perut bagian bawah, dibalut dengan verban, luas luka 3 cm</p>	<p>Tindakan pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya inkoniunitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Respon peradangan</p> <p>↓</p> <p>Respon mediator nyeri kimia histamin</p> <p>↓</p> <p>Memvalidasi penyempitan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Mengaktifkan reseptor nyeri</p> <p>↓</p> <p>Input nyeri masuk ke hipotalamus</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>berhubungan dengan</p> <p>Tindakan infasif</p>

<p>TD :110/90 mmhg</p> <p>RR :21x/menit</p> <p>N :80x/menit</p> <p>S : 36,1 C</p> <p>Spo2 : 99%</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Menstimulasi nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>	
<p>Ds : klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya dan tidak mengetahui tentang makanan apa saja yang boleh atau tidak boleh dikonsumsi setelah menjalani operasi</p> <p>Do :</p> <p>Klien sering bertanya tentang penyakitnya</p> <p>Klien tampak tidak tau mengenai penyakitnya</p>	<p>Terjadi perubahan status kesehatan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kurang terpapar informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Deficit pengetahuan</p>	<p>Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi mengenai penyakit</p>

3.1.4 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan :

DS : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi

Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang

Skala nyeri 5 nyeri sedang

DO : klien tampak meringis kesakitan

Terdapat luka di perut bagian bawah, dibalut dengan verban, luas luka 3 cm

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Ditandai dengan :

DS : klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya dan tidak mengetahui tentang makanan apa saja yang boleh atau tidak boleh dikonsumsi setelah menjalani operasi

DO : Klien sering bertanya tentang penyakitnya

Klien tampak tidak tau mengenai penyakitnya

3. Risiko infeksi berhubungan dengan factor risiko efek Tindakan invasive

DS : pasien mengatakan nyeri luka post op appendicitis

DO : telah dilakukan Tindakan op appendicitis

Tampak ada balutan luka verban di abdomen kanan bawah

Dengan kondisi luka 3 cm, luka bersih, kering, tidak terdapat
push atau nanah

3.1.5 Intervensi Keperawatan /Nursing Care Planning

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan /Nursing Care Planning

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Ditandai dengan DS : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk Klien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang</p> <p>DO : klien tampak meringis kesakitan Skala nyeri 5 nyeri sedang Terdapat luka di perut bagian bawah, dibalut dengan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Skala nyeri menurun 	<p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping

	verban, luas luka 3 cm		<p>penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan 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 analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Defisit Pengetahuan</p> <p>Ds : klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya dan tidak mengetahui tentang makanan apa saja yang boleh atau tidak boleh dikonsumsi setelah</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. Perilaku sesuai dengan 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 4. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan materi dan media

	<p>menjalani operasi</p> <p>Do : Klien sering bertanya tentang penyakitnya Klien tampak tidak tau mengenai penyakitnya</p>	<p>pengetahuan meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>Pendidikan Kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 6. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 5. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 6. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
3.	<p>Risiko Infeksi DS : pasien mengatakan nyeri luka post op appendicitis DO : telah dilakukan Tindakan op appendicitis Tampak ada balutan luka verban di abdomen kanan bawah Dengan kondisi luka 3 cm, luka bersih, kering, tidak terdapat push atau nanah</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

3.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	No DX	Impelementasi	Respon	Paraf
02/07/2024	1	1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri	1. klien mengatakan Lokasi nyeri di perut kanan bawah, luas luka 3 cm, dibalut verban, luka tampak bersih, kering, tidak terdapat pus atau nanah, nyeri seperti disayat-sayat, hilang timbul 2. skala nyeri 5 3. klien tampak meringis 4. klien mengatakan nyeri bertambah berat saat terlalu banyak bergerak atau beraktivitas dan berkurang saat klien istirahat 5. klien meyakini bahwa semua yang ia hadapi adalah cobaan dari Tuhan dan mencoba untuk tetap sabar menghadapinya. 6. Nyeri klien tidak mempengaruhi terhadap kualitas hidupnya 7. memberi klien terapi Teknik non farmakologis Teknik relaksasi genggam jari 8. klien dapat memahami intruksi	Anggun
02/07/2024	2	1. mengidentifikasi pengetahuan klien tentang penyakit klien 2. menjadwalkan edukasi Kesehatan	1. klien kurang memahami mengenai penyakit yang sedang ia derita 2. klien mau untuk di edukasi Kesehatan pada tanggal July	Anggun
03/07/2024	1	1. memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri klien (terapi genggam jari) 2. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 3. anjurkan untuk melakukan Teknik terapi genggam jari untuk mengurangi nyeri	1. diajarkan terapi Teknik relaksasi genggam jari 2. terapi berhasil menurunkan nyeri ke skala 4 3. menganjurkan menggunakan Teknik genggam jari berulang	Anggun
03/07/2024	2	1. Mengkaji kesiapan dan	1. klien siap untuk menerima	Anggun

		<p>kemampuan klien menerima informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan 3. menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. memberikan kesempatan untuk bertanya 5. menjelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 6. menganjurkan untuk menghindari makanan yang dilarang 	<p>informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. menyediakan leaflet untuk edukasi Kesehatan 3. jadwal Pendidikan Kesehatan pada July 4. klien menanyakan mengenai makanan 5. menjelaskan factor risiko makanan 6. klien memahami tentang anjuran yang diberikan 	
04/07/2024	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi genggam jari) 2. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 3. anjurkan untuk menggunakan Teknik relaksasi genggam jari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. diberikan Teknik relaksasi genggam jari 2. terapi berhasil menurunkan nyeri ke skala 4 3. menganjurkan menggunakan Teknik relaksasi genggam jari ketika nyeri berulang 	Anggun
04/07/2024	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi pengetahuan klien yang sudah di berikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien mampu mengingat beberapa hal tentang appendicitis 	Anggun
05/07/2024	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi genggam jari) 2. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 3. anjurkan untuk melakukan terapi relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. diberi terapi teknik relaksasi genggam jari 2. terapi berhasil menurunkan skala nyeri ke skala 3 3. menganjurkan menggunakan Teknik relaksasi genggam jari ketika nyeri berulang 	Anggun
05/07/2024	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi genggam jari) 2. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 3. anjurkan untuk melakukan terapi relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. diberi terapi teknik relaksasi genggam jari 2. terapi berhasil menurunkan skala nyeri ke skala 2 3. menganjurkan menggunakan Teknik relaksasi genggam jari ketika nyeri berulang 	Anggun

Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan

TGL/JAM	NO.DP	EVALUASI	PARAF
05/07/2024	1	S : klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 O : klien tampak tenang Ttv : TD : 110/90 mmhg N : 86x/menit S : 36,5 C RR : 20x/menit A : masalah teratasi P :intervensi di hentikan, anjurkan klien untuk menggunakan Teknik relaksasi genggam jari jika nyeri bertambah	Anggun
05/07/2024	2	S : klien mengatakan sudah mulai paham dan dapat menjelaskan Kembali terkait informasi yang diberikan O : Klien memperhatikan setiap materi yang diberikan, klien mengikuti Tindakan intervensi yang diberikan A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Anggun
05/07/2024	3	S : Klien mengatakan nyeri berkurang O : luka klien gtampak bersih, kering A : Masalah teratasi P : Intervensi Dihentikan	Anggun

3.2 Pembahasan

3.2.1 Analisis Pembahasan Tahapan Proses Keperawatan

Proses keperawatan telah dilaksanakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S selama 3 hari. Selama di lapangan penulis tidak ada kesulitan dalam melakukan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien. Setelah penulis melaksanakan tahap-tahap

proses keperawatan dan intervensi berdasarkan evidence based practice (EBP) yang berhubungan dengan kasus post Op appendiksitis ternyata mendapatkan hasil yang positif dimana masalah keperawatan pada klien dapat teratasi dengan baik. Maka dari itu, penulis akan membahas fakta dilapangan mengenai kasus yang diperoleh adalah sebagai berikut :

1. Pengakajian

Pengakajian merupakan suatu tahap awal dari proses asuhan keperawatan juga merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan klien. Pengkajian merupakan proses untuk mengumpulkan data dalam menentukan diagnose keperawatan. Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesa kepada klien bersama dengan keluarga klien mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, dan melakukan pemeriksaan fisik. Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien dan keluarga pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud dari penulis yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post op appendicitis, pasien dan keluarga mengerti dan kooperatif. Sesuai dengan tinjauan Pustaka yang dijabarkan di bab dua, penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan menggunakan format

pengkajian, dengan metode wawancara, observasi serta pemeriksaan fisik untuk menambah data yang diperlukan.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 1 July 2024 pada Ny. S usia 20 tahun pada awalnya dilakukan inform consent untuk mengetahui persetujuan klien dilakukannya implementasi yang akan dilakukan oleh penulis, lalu didapatkan data hasil wawancara, observasi serta pengkajian fisik berupa klien telah dilakukan operasi appendicitis dengan keluhan nyeri pada bekas post op appendicitis dengan skala 5 dari (1-10). Nyeri ini dirasakan ketika klien bergerak atau beraktivitas, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hilang timbul. Kemudian dilakukan pemeriksaan tanda tanda vital didapatkan tekanan darah 110/80 mMhg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,1 C, RR 21x/menit, SPO2 98%, untuk pemeriksaan fisik didapatkan hasil pada abdomen kanan bawah terdapat luka bekas post op, ada keluhan nyeri saat bergerak terlalu banyak.

Dari hasil pengkajian didapatkan data dimana tanda dan gejala yang dialami Ny. S terdapat kesamaan dengan yang ada pada Heriyanda, dkk (2023) adanya nyeri post op appendicitis. Jika dibandingkan teori dengan study kasus sudah pasti adanya kesenjangan antara teori dan study kasus dikarenakan manusia dalam memberikan respon baik bio, psiko, sosial dan spiritual terhadap stimulus nyeri yang didapatkan pasti berbeda-beda.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, penulis mulai merumuskan masalah keperawatan. Berikut rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien sesuai dengan EBP dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada tinjauan kasus Ny. S ditemukan dua diagnose yaitu nyeri akut bd dengan Tindakan invasive, dan defisiti pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Data diagnose pertama ini didukung dengan data subjectif dimana Ny. S mengatakan nyeri pada luka post op appendicitis, mengeluh nyeri seperti disayat-sayat, nyeri bertambah ketika banyak bergerak dan beraktivitas dan nyeri berkurang ketika beristirahat. Sedangkan data objectif yang mendukung yaitu : skala nyeri 5, wajah tampak meringis, terdapat luka bekas post op di abdomen kanan bawah. Setelah diamati, penulis mendapatkan kemungkinan nyeri akut pada pasien post op appendicitis dapat diatasi dengan mengajarkan Teknik relaksasi genggam jari, control

lingkungan, edukasi pasien dan keluarga tentang penyebab dan pemicu nyeri.

Untuk data diagnose kedua didukung dengan data subyektif dimana klien kurang mengetahui mengenai penyakitnya, sedangkan data objektif yang mendukung yaitu : klien sering bertanya tentang penyakitnya, klien tampak tidak mengetahui tentang penyakitnya, setelah diamati, penulis mendapatkan kemungkinan defisit pengetahuan dapat diatasi dengan memberikan Pendidikan Kesehatan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai liaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018).

Langkah-langkah dalam perencanaan disesuaikan dengan panduan dari organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dengan buku yang digunakan yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI untuk , menentukan diagnose keperawatan, sasaran dan tujuan keperawatan, rencana keperawatan dan untuk mengevaluasi Tindakan yang diberikan kepada klien tersebut.

Diagnose utama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan Tindakan infasif

Intervensi yang dilakukan kepada Ny. S yaitu dengan mendemonstrasikan cara Teknik relaksasi genggam jari sesuai anjuran EBP dimana intervensi ini bertujuan untuk mengurangi nyeri pada klien. Dilakukan intervensi utama yaitu manajemen nyeri dengan cara identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi identifikasi skala nyeri, identifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Teknik relaksasi genggam jari), kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat dan anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Hasaini, (2019) menyatakan bahwa salah satu manfaat terapi relaksasi genggam jari memberikan respon positif sehingga jaringan otot lebih rileks, sirkulasi darah dan getah bening menjadi lancar, sehingga mampu menghilangkan asam laktat dalam serat otot yang mampu mengurangi kelelahan dan stress. Teknik relaksasi genggam jari juga merupakan upaya Tindakan non

farmakologis dalam manajemen nyeri Teknik ini bisa dilakukan secara mandiri dan mudah dilakukan oleh siapapun. Teknik relaksasi genggam jari juga merupakan kombinasi antara relaksasi nafas dalam dan gengga jari jari tangan menggunakan waktu yang relative singkat. Sensasi yang dirasakan ketika melakukan Teknik ini yakni memberikan rasa nyaman, lebih rileks sehingga mampu membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Hasaini, 2029). Hal ini didukung oleh Octaviana wafa, dkk (2021), dengan menggunakan Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Pada jari-jari tangan terdapat daluran atau energi. Relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Penurunan rasa nyeri dapat terjadi ketika seseorang melakukan relaksasi genggam jari untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulant, maka ini menyebabkan terjadinya kadar hormon adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi Tingkat stress sehingga dapat meningkatkan konstansi tubuh mempepermudsh mengatur ritme pernafasan yang membuat meningkatkan kadar oksigen didalam darah, juga mmberikan rasa tenang yang mampu mengatasi nyeri. (Prasetyo 2021).

Berdasarkan hal tersebut maka saya ingin membuktikan apakah memang terjadi penurunan nyeri pada post op appendicitis atau tidak yang akan saya lakukan selama 6 hari berturut-turut yang dilakukan 3 kali dalam sehari selama 15 menit perhari

Penulis mengatasi masalah defisit pengetahuan dilakukan intervensi utama yaitu edukasi kesehatan. Berupa identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit, jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit, jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan (SIKI, 2018).

4. Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Dalam tahap ini, penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya dengan persetujuan klien. Implementasi menggunakan keterampilan yang dimiliki penulis dan sumber daya klien. Maka dari itu penulis telah melaksanakan semua rencana Tindakan keperawatan yang telah disusun, semua Tindakan tersebut tidak sempurna, karena banyak factor lainnya. Berikut diagnose yang telah dilakukan implementasi keperawatan.

Klien mengatakan bahwa setelah dilakukan therapy non farmakologi ini sangat membantu dan mampu mengurangi rasa nyeri nya.

Setelah semua proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Pada tahap ini penulis tidak banyak menemukan hambatan dan kesulitan, penulis dapat melakukan evaluasi melalui observasi langsung pada klien.

1. (D.0078) nyeri Akut berhubungan dengan Tindakan infasiv.

Pada implementasi diagnose keperawatan nyeri akut berhubungan dengan Tindakan invasive, maka implementasi yang dilakukan sesuai intervensi utama yang telah ditentukan dalam manajmene nyeri yaitu pada implementasi hari pertama menanyakan nyeri yang dirasakan klien termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi dan kualitas nyeri dengan respon klien menjawab pertanyaan yang diberikan, melihat reaksi nonverbal klien terhadap nyeri dengan respon klien memberikan reaksi meringis, mengidentifikas hal-hal yang memperberat dan memperingan nyeri dengan respon klien menjawab pertanyaan yang diberikan, mengkaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang nyeri dengan respon klien menjawab pertanyaan yang diberikan, memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan respon klien memperhatikan penjelasan yang diberikan, memberi tahu tentang nyeri dan faktor penudukungnya apa saja dengan respon klien memperhatikan penjelasan yang diberikan, sedangkan implementasi hari kedua yaitu klien mengatakan nyeri berkurang ke skala nyeri 4, Pada implementasi

hari ke tiga klien mengatakan nyeri masih pada skala 4, pada hari ke empat nyeri mulai berkurang menjadi skala nyeri 3, pada hari ke lima nyeri masih pada skala nyeri 3, pada hari ke enam skala nyeri mulai berkurang ke skala nyeri 2.

Pada evaluasi diagnose pertama nyeri akut berhubungan dengan Tindakan infasive . dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi lima kali pertemuan didapatkan bahwa masalah nyeri dapat teratasi sesuai dengan kriteria yang telah ditentkan dari perencanaan awal asuhan keperawatan. Terbukti efektif Teknik relaksasi genggam jari dalam menurunkan nyeri, hal ini juga telah di konfirmasi oleh penelitian oleh Heriyanda (2023) teknik relaksasi genggam jari merupakan kombinasi antara relaksasi nafas dalam dan genggam jari-jari tangan menggunakan waktu yang relative singkat. Sensasi yang dirasakan ketika melakukan Teknik ini yakni memberikan perasaan nyaman, lebih rileks sehingga mampu membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress juga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik terapi genggam jari sehingga akan memberikan rasa nyaman, lebih rileks, sehingga mampu membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. (Heriyanda, 2023).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Oktaviana wafa (2021), Teknik relaksasi genggam jari dapat membantu mengurangi nyeri dan menghasilkan relaksasi. Sedangkan pada penelitian Rasyid, dkk menekankan bahwa Teknik relaksasi genggam jari menurunkan skala nyeri yang dilakukan selama 25 menit pada pasien post operasi appendicitis. Hal ini juga sejalan dengan pendapat pinandita dkk, (2020) bahwa relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-noseptor dan mengakibatkan gerbang tertutup sehingga stimulus pada korteks serebri dihambat atau dikurangi akibat stimulasi relaksasi genggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi.

Walaupun terdapat banyak bahan lain atau Teknik lain untuk mengatasi nyeri pada pasien post operasi appendicitis seperti contohnya penggunaan aromaterapi lavender, aromaterapi lavender memiliki kandungan linalool dan linalyl asetat yang memiliki efek sedatif dan narkotik yang berfungsi untuk menenangkan, mengurangi kecemasan, dan dapat merelaksasikan tubuh sehingga dapat menurunkan nyeri.

Maka dari itu peneliti menggunakan Teknik relaksasi genggam jari karena mudah dilakukan dimanapun dan tidak memerlukan biaya untuk membeli alat atau bahan juga praktis dan menggunakan waktu yang relative singkat, serta selain itu

focus utama dalam intervensi penurunan nyeri ini adalah penggunaan terapi non farmakologi. Dengan demikian berdasarkan hasil telaah jurnal dan hasil analisis langsung pada pasien ternyata Teknik relaksasi genggam jari bisa menurunkan intensitas nyeri pada pasien dengan post op appendicitis.

2. (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada implementasi diagnose keperawatan defisiti pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, maka implementasi yang dilakukan sesuai intervensi utama yang telah ditentukan dalam Pendidikan Kesehatan yaitu pada implementasi hari pertama mengidentifikasi Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x8 jam, setelah semua proses keperawatan setelah dilakukan terapi Teknik relaksasi genggam jari, klien mengatakan rasa nyeri pada luka bekas op berkurang, klien mengatakan skala nyeri menurun.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan post op appendicitis Di Ruang Rubi Atas di RSUD dr. Slamet Garut penulis dapat :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S deng post Op Appendicitis di ruang rubi atas RSUD dr. Slamet Garut, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny. S yaitu klien mengeluh Nyeri pada luka bekas post op appendicitis.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny. S Ny. S dengan post op appendicitis di ruang rubi atas RSUD dr. Slamet Garut, Adapun diagnose yang muncul pada Ny. S yaitu sebanyak dua diagnose keperawtan :
 1. Nyeri akut berhubungan dengan Tindakan infasive
 2. Defisiti pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
3. Penulis mampu merencanakan Tindakan keperawatan pada Ny. S dengan post op appendicitis di ruang rubi atas RSUD dr. Slamet Garut, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam

Menyusun rencana Tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan post op appendicitis di ruang rubi atas RSUD dr. Slamet Garut, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung maupun melalui Pendidikan Kesehatan kepada klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny. S dengan post op appendicitis di ruang rubi atas RSUD dr. Slamet Garut, dengan melihat perkembangan klien, respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga Tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa Evidence BASED Praticice tentang salah satu diagnose keperawatan yaitu nyeri akut post op appendicitis dengan terapi relaksasi genggam jari.
7. Penulis mampu menganalisis Evidence Based Praticice (EBP) Teknik relaksasi Genggam Jari yang telah diberikan kepada Ny. S dengan post op appendicitis di ruang rubi atas RSUD dr. Slamet Garut

4.2 Saran

A. Bagi Mahasiswa

Hendaknya mahasiswa/I dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan tahapan dan standar dengan baik dan benar yang diperoleh selama masa Pendidikan baik akademik maupun di lapangan.

B. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat menerapkan terapi yang telah diberikan baik secara medik maupun terapi keperawatan yang telah diajarkan demi mengurangi rasa nyeri pada pasien post op appendicitis.

C. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat intervensi lebih baik lagi dan lebih optimal dalam mengatasi nyeri pada pasien post op appendicitis.

D. Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga selalu memberikan motivasi kepada klien dan juga perawatan pada pasien post op appendicitis.

E. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan bimbingan klinik kepada mahasiswa/I prodi profesi Ners Keperawatan sehingga mahasiswa semakin mampu dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post op appendicitis.

F. Bagi Rumah Sakit

Laporan ini diharapkan dapat menjadi acuan dan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan non farmakologi pada Ny. S dengan post op appendicitis.

DAFTAR PUSTAKA

- (S. Keperawatan & Teknologi, 2022)Aditya, F., Satria, M., Kedokteran, F., Lampung, U., Bedah, B., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2024). *Apendisitis Akut Pada Pasien Dewasa : Ulasan Singkat Acute Appendicitis in Adults : Short-Review*. 14, 583–586.
- Akut, K. N. (2023). *Penerapan pemberian aromaterapi lavender pada asuhan keperawatan klien post op apendiktomi dengan masalah keperawatan nyeri akut*.
- Bagus, C., Putra, N., & Suryana, S. N. (2020). *Gambaran prediktor perforasi pada penderita apendisitis di Rumah Sakit Umum Ari Canti Gianyar* . 11(1), 122–128. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i1.575>
- Bom, W. J., Scheijmans, J. C. G., Salminen, P., & Boermeester, M. A. (2021). *Diagnosis of Uncomplicated and Complicated Appendicitis in Adults*. *Scandinavian Journal of Surgery*, 110(2), 170–179. <https://doi.org/10.1177/14574969211008330>
- Di, A., Sekarwangi, R., Yulianti, Y., & Hidayah, A. N. (2023). *Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperatif*. 5(1).
- Ilmiah, K. T. (2019). *PER LAPARATOMY EKSPLORASI DENGAN NYERI AKUT*.
- Keperawatan, I., Pasien, P., Operasi, P., Mediarti, D., Akbar, H., Jaya, H., Studi, P., Keperawatan, D., Kesehatan, P., & Kesehatan, K. (2022). *APENDISITIS DENGAN MASALAH NYERI AKUT PENDAHULUAN Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks (umbai cacing) yang Salah satu penatalaksanaan pasien dengan apendisitis akut adalah dengan cara pembedahan apendiktomi . Apendiktomi merupakan tindakan pem. 7*.
- Keperawatan, S., & Teknologi, I. (2022). *Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Apendiktomi di Ruang Melati RSUD Kota Kendari Tahun. 1(2), 27–32*.
- Kesehatan, J. I. (2023). *Barongko Barongko*. 2(1), 41–55.
- Kusuma, U., Surakarta, H., Sentral, B., Bung, R., & Kota, K. (2024). *1) 1) , 2). 15*.
- Larasati, I., & Hidayati, E. (2022). *Relaksasi genggam jari pada pasien post operasi*. *Ners Muda*, 3(1). <https://doi.org/10.26714/nm.v3i1.9394>
- Moris, D., Paulson, E. K., & Pappas, T. N. (2021). *Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review*. *Jama*, 326(22), 2299–2311. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.20502>
- Nur Hamdani. (2022). *AISYIYAH SURAKARTA JOURNAL OF NURSING ASJN AISYIYAH SURAKARTA JOURNAL OF NURSING Penerapan Terapi Genggam Jari dan Nafas Dalam untuk Menurunkan Tekanan Darah*

pada Lansia Penderita Hipertensi ARTIKEL INFO ABSTRAK. *Penerapan Terapi Genggam Jari Dan Nafas Dalam Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi*, 3, 89–95. <https://journal.aiska-university.ac.id/index.php/ASJN>

Patmasari, L., Herizal, H., & Muhammad, S. (2020). *Karakteristik Penderita Apendisitis yang Dioperasi di Divisi Bedah Anak RSUP Dr . M . Djamil Padang Periode 2019-2020*.

Ramadhan, M. F., Weyzh, M., Abdul, A., Riani, D., Terta, R. L., Faradila, D., & Febriansyah, D. (2023). *No Title*. 1(1), 6–11.

Retnaningrum, W., & Rivani, D. (2024). *Case Report: Pemberian Terapi Relaksasi Genggam Jari terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Nyeri Akut Post Apendektomi*. 3.

Riski Oktafia, Rr Nadya El Queena Nourma Hasnaini, & Eli Herningsih. (2024). Intervensi Kombinasi Relaksasi Teknik Genggam Jari dan Terapi Murottal Surat Ar-Rahman Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Ibu Post Sectio Caesaria Dengan Preeklamsia. *Jurnal Medika Nusantara*, 2(2), 144–154. <https://doi.org/10.59680/medika.v2i2.1122>

Ristanti, S. G., Inayati, A., Hasanah, U., & Kunci, K. (2023). *Jurnal Cendikia Muda Volume 3 , Nomor 4 , Desember 2023 ISSN : 2807-3469 PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI TERHADAP SKALA DI RUANG BEDAH RSUD JENDERAL AHMAD YANI METRO THE APPLICATION OF FINGER-HAND RELAXATION TECHNIQUES TO PAIN SCALE IN POST OPERAT*. 3, 568–575.

Saputra, M., Bina, U., & Getsempena, B. (2023). *Post operasi appendiktomi mengalami nyeri akibat bedah luka operasi . Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari seperti pemenuhan kebutuhan istirahat tidur . Teknik genggam jari merupakan kombinasi antara relaksasi mengunaka*. 2(2), 83–92.

Satriana, & Feriani. (2020). *Terapi Relaksasi Benson Dan Genggam Jari*. 1(3), 1731–1737.

Setiya, I. V. (2021). Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Pasien Appendicitis Di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. *Karya Ilmiah Akhir Ners*, 16–20.

Soumokil, Y. (2023). *Tehnik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi apendiktomi di ruang ugd puskesmas latu*. 1(3), 156–166.

Susaldi, S., Camila, Z., & Rozni, L. (2024). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Haid Pada Remaja Putri Di SMK Tunas Bangsa (DECES) Jurusan Keperawatan Tahun 2023. *Inovasi Kesehatan Global*, 1(2), 69–81. <https://doi.org/10.62383/ikg.v1i2.156>

Wati, F., & Ernawati, E. (2020). *Penurunan Skala Nyeri Pasien Post-Op Appendectomy Menggunakan Teknik Relaksasi Genggam Jari*. 1(3).

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN
APPENDICITIS



Disusun oleh
Anggun Tri W
KHGD 23065

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES KARSA HUSADA GARUT

T.A 2024

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan: Appendicitis

Hari/Tanggal : Selasa, 29 februari 2024

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruang Rubi Atas RSUD dr. Slamet

Sasaran : Ny. S dan Keluarga

Penyuluh : Anggun Tri

I. Tujuan Instruksional Umum (TUM)

Pasien dan keluarga mampu memahami penyakit appendicitis.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TUK)

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit, klien dan keluarga dapat:

- 1) Pasien Dapat Mengetahui Pengertian
- 2) Pasien Dapat Mengetahui Tanda & Gejala appendicitis
- 3) Pasien Dapat Mengetahui Penyebab Appendicitis
- 4) Pasien Dapat Mengetahui tanda tanda infeksi luka

III. Pokok Bahasan Materi

- 1) Pengertian appendicitis
- 2) Tanda & Gejala appendicitis
- 3) Penyebab appendicitis
- 4) Tanda tanda infeksi pada luka

IV. Metode

- 1) Ceramah
- 2) Diskusi dan tanya jawab

V. Media Penyuluhan

- 1) Leaflet

VI. Pengorganisasian

- 1) Moderator : Anggun Tri

2) Penyuluh : Anggun Tri

VII. Pengaturan Tempat

Keterangan:



Peserta



Penyuluh

VIII. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	3 menit	Pembukaan: a. Memberi salam b. Perkenalan c. Menjelaskan tujuan penyuluhan d. Menyebutkan materi yang akan dijelaskan	a. Menjawab salam. b. Mendengarkan dan memperhatikan apa yang disampaikan. c. Mengerti tujuan dari penyuluhan. d. Memahami materi yang telah disampaikan.
2	20 menit	Kegiatan Inti Penyampaian materitentang: a. Pengertian appendicitis b. Tanda & Gejala appendicitis c. penyebab appendicitis d. tanda tanda infeksi pada luka	Klien menyimak, memperhatikan apayang telah disampaikan.
3	10 menit	Evaluasi: a. Memberi kesempatan pada klienuntuk bertanya b. Memberi pertanyaan kepada klien berkaitan dengan materi yang telah disampaikan.	a. Klien bertanya mengenai penjelasan yang belum dipahami b. Klien menjawab pertanyaan yangdiberikan c. Klien mengerti materi yang telahdisampaikan

		c. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan.	
4	2 menit	Terminasi: 1. Mengucapkan terima kasih atas peran serta peserta 2. Mengucapkan salam penutup	1. Mendengarkan Menjawab salam

I. Evaluasi

a. Evaluasi Struktur

1. Pengorganisasian dilaksanakan sebelum pelaksanaan kegiatan.
2. Kontrak dengan peserta pada H-1, diulangi kontrak pada hari H.
3. Pelaksanaan kegiatan dilaksanakan sesuai satuan acara penyuluhan.
4. Klien ditempatkan penyuluhan sesuai kontrak yang disepakati.

b. Evaluasi proses

Peserta antusias dalam menyimak uraian materi penyuluhan tentang rheumatoid arthritis

c. Evaluasi Hasil

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit peserta mampu:

1. Sasaran mampu menyebutkan pengertian appendicitis
2. Sasaran mampu menjelaskan tanda & gejala appendicitis
3. Sasaran mampu menjelaskan penyebab appendicitis
4. Sasaran mampu menjelaskan tandan tanda infeksi pada luka

MATERI Appendicitis

A. Pengertian

Merupakan peradangan atau sumbatan pada usus (appendiks)yang bersifat hilang timbul dalam waktu yang lama (Amalina, et al.,2018).

B. Penyebab

Penyumbatan lumen merupakan faktor predisposisi paling umum terjadinya apendisitis (Snyder et al., 2018). Biasanya sumbatan disebabkan oleh:

1. Hiperplasia folikel limfoid—penyebab paling umum.
2. Lumen apendiks mempunyai faecolith.
3. Benda asing seperti biji-bijian.
4. Penyempitan lumen akibat fibrosis yang disebabkan oleh peradangan.
5. Kebanyakan infeksi usus besar disebabkan oleh E. Coli dan Streptococcus.

C. Tanda dan gejala

Apendisitis ditandai dengan nyeri abdomen periumbilikal, mual, muntah, lokalisasi nyeri ke fosa iliaka kanan, nyeri tekan saat dilepas di sepanjang titik McBurney, nyeri tekan pelvis pada sisi kanan ketika pemeriksaan per rektal (Thomas et al., 2016).

Nyeri bisa secara mendadak dimulai diperut sebelah atas atau di sekitar pusar, lalu timbul mual dan muntah. Setelah beberapa jam, rasa mual hilang dan nyeri berpindah ke perut kanan bagian bawah.

1. Biasanya demam ringan dan nyeri kuadran kanan bawah
2. Muntah mual
3. Anoreksia, malaise
4. Nyeri lepas lokal pada titik Mc. Burney
5. Spasme otot
6. Konstipasi, diare

D. Tanda Tanda Infeksi pada luka

R: Redness (Kemerahan)

E: Edema (Bengkak)

E: Echimosis (Bercak Merah)

D: Discharge (Cairan dari luka)

A: Appoximate (Penutupan Kembali luka)

DAFTAR PUSTAKA

- (Keperawatan et al., 2022)Keperawatan, I., Pasien, P., Operasi, P., Mediarti, D., Akbar, H., Jaya, H., Studi, P., Keperawatan, D., Kesehatan, P., & Kesehatan, K. (2022). *APENDISITIS DENGAN MASALAH NYERI AKUT PENDAHULUAN Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks (umbai cacing) yang Salah satu penatalaksanaan pasien dengan apendisitis akut adalah dengan cara pembedahan apendiktomi . Apendiktomi merupakan tindakan pem. 7.*
- Penggunaan, E., Pasca, A., Apendisitis, B., Hospital, F., Anugrah, A. K., Setiani, L. A., & Nurdin, N. M. (n.d.). *Proceeding of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences. April 2021, 14–20.*
- Soumokil, Y. (2023). *Tehnik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi apendiktomi di ruang ugd puskesmas latu. 1(3), 156–166.*
- (Penggunaan et al., n.d.)(Soumokil, 2023)

APA ITU ?

APPENDICITIS

Merupakan peradangan atau sumbatan pada usus (appendiks) yang bersifat hilang timbul dalam waktu yang lama (Amalina, et al., 2018).

**Anggun Tri W
khgd 23065**



PENYEBAB

Penyumbatan lumen merupakan faktor predisposisi paling umum terjadinya apendisitis (Snyder et al., 2018). Biasanya sumbatan disebabkan oleh:

1. Hiperplasia folikel limfoid— penyebab paling umum.
2. Lumen apendiks mempunyai phaecolith.
3. Benda asing seperti biji-bijian.
4. Penyempitan lumen akibat fibrosis yang disebabkan oleh peradangan.
5. Kebanyakan infeksi usus besar disebabkan oleh E. Coli dan Streptococcus.



TANDA DAN GEJALA

Apendisitis ditandai dengan nyeri abdomen periumbilikal, mual, muntah, lokalisasi nyeri ke fosa iliaka kanan, nyeri tekansaat dilepas di sepanjang titik McBurney, nyeri tekan pelvis pada sisi kanan ketika pemeriksaan per rektal (Thomas et al., 2016).

TANDA TANDA INFEKSI

- R: Redness (Kemerahan)
- E: Edema (Bengkak)
- E: Echimosis (Bercak Merah)
- D: Discharge (Cairan dari luka)
- A: Appoximate (Penutupan Kembali luka)



DAFTAR PUSTAKA

- Keperawatan et al., 2022)Keperawatan, I., Pasien, P., Operasi, P., Mediarti, D., Akbar, H., Jaya, H., Studi, P., Keperawatan, D., Kesehatan, P., & Kesehatan, K. (2022). APENDISITIS DENGAN MASALAH NYERI AKUT PENDAHULUAN Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks (umbai cacing) yang Salah satu penatalaksanaan pasien dengan apendisitis akut adalah dengan cara pembedahan apendiktomi . Apendiktomi merupakan tindakan pem. 7.
- Penggunaan, E., Pasca, A., Apendisitis, B., Hospital, F., Anugrah, A. K., Setiani, L. A., & Nurdin, N. M. (n.d.). Proceeding of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences. April 2021, 14-20.
- Soumokil, Y. (2023). Tehnik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi apendiktomi di ruang ugd puskesmas latu. 1(3), 156-166.



LEMBAR BIMBINGAN

Nama :

NIM :

Pembimbing :

Judul :

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf Pembimbing
