

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Masase Punggung (*Back Massage*)

1. Definisi Masase Punggung (*Back Masage*)

Masase Punggung (*Back Massage*) merupakan tindakan keperawatan dengan memberikan pijatan atau sentuhan pada bagian tubuh tertentu untuk mengurangi rasa nyeri (Harefa *et al.*, 2023). Masase punggung efektif dalam memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri, dan meningkatkan keefektifan pengobatan nyeri. Hal ini terjadi karena pijat dapat merangsang tubuh melepaskan senyawa *endorphin* yang merupakan pereda nyeri alami, dan meningkatkan rasa nyaman dan sejahtera (Metasari & Hidayat, 2023).

2. Tujuan dan Manfaat Masase Punggung

Masase punggung dapat memberikan manfaat signifikan untuk relaksasi sendi, otot, dan tulang, serta meningkatkan aliran darah ke seluruh organ tubuh. Ketika dilakukan masase punggung, aliran darah ke area luka yang mengalami cedera atau luka akan lebih lancar. Hal ini terjadi karena letak abdomen yang berdekatan dan searah dengan jalur punggung, yang membantu memperlancar peredaran darah dan mempercepat penyembuhan dan membantu mengurangi rasa nyeri dengan mempengaruhi pelepasan impuls nyeri di sistem saraf, sehingga memberikan efek relaksasi yang menyeluruh pada tubuh (Metasari & Hidayat, 2023)

3. Jenis-Jenis Massase

Jenis – jenis masase yang dikenal di Indonesia di antaranya adalah massage Swedia, refleksi, akupuntur, *tsubo*, *shiatshu*, *thai massage*, *touch massage*, *japanese massage*, *taiwan massage*, *indian massage*, *ayurveda*, *sport massage* dan lain-lain (Nanda *et al.*, 2019). Dalam menurunkan kecemasan pasca operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan mengajarkan pasien tentang teknik relaksasi, misalnya teknik relaksasi napas dalam, distraksi, hipnoterapi, hypnobirthing, terapi musik, relaksasi

genggam jari, terapi kompres panas dingin atau TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) dan dengan masase (Wati & Ernawati, 2020).

4. Kontra Indikasi Masase Punggung

Melakukan masase memang dapat memberikan banyak manfaat bagi kebanyakan orang, namun ada hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan massage. Dalam melakukan masase punggung tidak diperbolehkan memberikan perlakuan apabila :

- a. Pada saat pasien dalam keadaan demam, atau suhu di atas 37 °C.
 - b. Pada saat pasien menderita pengerasan arteri karena dapat merusak dinding pembuluh darah dan mengakibatkan naiknya tekanan darah.
 - c. Pada saat pasien menderita kerusakan kromosom (*hemophilia*) karena dapat menyebabkan pembekuan darah.
 - d. Pada saat pasien menderita penyakit berat dan tubuh harus memerlukan istirahat yang cukup.
 - e. Pada saat menderita penyakit syaraf yang berat.
 - f. Pada saat pasien menderita infeksi atau penyakit syaraf yang berat.
 - g. Pada saat pasien menderita luka dalam keadaan yang masih baru atau pembengkakan.
 - h. Pada saat pasien menderita penyakit kulit tertentu, misalnya bisul, kudis, borok.
 - i. Pada pasien yang mengalami patah tulang, karena dapat mengakibatkan terjadinya pergeseran tulang.
 - j. Pada pasien yang memiliki peradangan akut. Seperti tuberkulosis, radang kelenjar.
 - k. Pada pasien yang memiliki kelainan pada pembuluh darah tertentu.
- (Nanda *et al.*, 2019)

5. Prosedur Masase Punggung

Adapun prosedur pelaksanaan teknik relaksasi masase punggung adalah sebagai berikut:

- a. Fase pra-interaksi, pada tahap ini perawat melakukan persiapan alat yang digunakan yaitu minyak atau lotion, selimut dan handuk. Kemudian perawat mengatur posisi pasien dengan posisi lateral sehingga merasa nyaman dan aman
- b. Fase Orientasi, pada tahap ini perawat memberikan salam, perkenalan diri dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien dengan teliti. Kemudian pasien diberi penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan yang diberikan pasien, menjaga privasi pasien dan memberikan *inform consent*
- c. Fase kerja, pada tahap ini langkah-langkah yang dilakukan adalah :
 - 1) Perawat melakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 2) Menganjurkan pasien membuka pakaian bagian atas
 - 3) Melakukan penilaian skala nyeri sebelum dilakukan masase punggung
 - 4) Selanjutnya oleskan minyak secukupnya di kedua telapak tangan pemijat dan daerah punggung yang akan dipijat, lalu buat gerakan seperti kupu-kupu dengan menggunakan telapak tangan dan melingkar kecil dengan menggunakan ibu jari menuruni area tulang belakang, gerakan dilakukan dengan menekan secara perlahan ke arah bawah sehingga tidak mendorong pasien ke depan
 - 5) Kemudian usap bagian punggung dari bokong ke bahu dan sekitar bawah leher agar memberikan relaksasi pada pasien.

Gerakan pijat punggung atau massage punggung dengan gerakan yang lembut menggunakan ibu jari dan mengusap menggunakan telapak tangan, gerakan yang memutar akan mendapatkan rangsangan. Merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami dan menciptakan rasa nyaman. Lakukan pengulangan gerakan tersebut kurang lebih

selama 10-15 menit dan dilakukan 1 kali sehari selama satu minggu. Lakukan penilaian skala nyeri setelah dilakukan masase punggung dengan menanyakan secara langsung kepada pasien

- d. Fase terminasi, pada tahap ini perawat membersihkan punggung pasien dengan handuk, menganjurkan pasien mengenakan/mengganti pakaian bagian atas dan melakukan kebersihan tangan 6 langkah (Nurhayati, 2022).

B. Konsep Nyeri

1. Defenisi Nyeri

Nyeri merupakan sensori subjektif dan pengalaman emosional yang kurang menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual, potensial atau yang dirasakan dalam kejadian saat terjadi kerusakan jaringan (Ismail. A *et al.*, 2020).

Nyeri merupakan rasa tidak menyenangkan, umumnya karena adanya perlukaan dalam tubuh. Nyeri dapat juga dianggap sebagai racun dalam tubuh, karena nyeri yang terjadi akibat adanya kerusakan jaringan atau saraf akan mengeluarkan berbagai mediator seperti H⁺, K⁺, ATP, prostaglandin, bradikinin, serotonin, substansia P, histamin dan sitokain. Mediator kimiawi inilah yang menyebabkan rasa tidak nyaman dan karenanya mediator-mediator ini disebut sebagai mediator nyeri (Suwondo *et al.*, 2017).

2. Penyebab Nyeri

Menurut (PPNI, 2017) beberapa penyebab terjadinya nyeri akut seperti agen pencedera fisik, misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur persalinan, trauma dan latihan fisik berlebihan. Penyebab selanjutnya yaitu agen pencedera kimiawi, misalnya terbakar atau akibat bahan kimia iritan. Pada pasien pasca operasi apendiktomi mengalami nyeri akut yang berhubungan dengan agen injuri fisik (insisi pembedahan pada apendiktomi). Kerusakan jaringan akan memacu pelepasan zat-zat kimiawi (mediator inflamasi) yang menimbulkan reaksi inflamasi yang diteruskan sebagai sinyal ke otak. Sinyal nyeri dalam bentuk impuls listrik akan dihantarkan oleh

serabut saraf nosiseptor tidak bermielin (serabut C dan 8) yang bersinaps dengan neuron di kornu dorsalis medulla spinalis. Sinyal kemudian diteruskan melalui traktus spinotalamikus di otak, dimana nyeri dipersepsi, dilokalisasi dan diinterpretasikan (Pinzon, 2016).

3. Tanda dan Gejala Nyeri

Tanda dan gejala yang mencerminkan nyeri akut dibagi menjadi tanda gejala mayor yaitu tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur. Sedangkan tanda gejala minor yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis (PPNI, 2017)

4. Skala dan Intensitas Nyeri

Untuk menilai skala nyeri terhadap beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang menurut (Pinzon, 2016) antara lain:

a. *Verbal Description Scale* (VDS)

Verbal Description Scale (VDS) merupakan garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tidak tertahan”. Perawat menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan.

Tabel 2.1 Skala pengukuran nyeri VDS

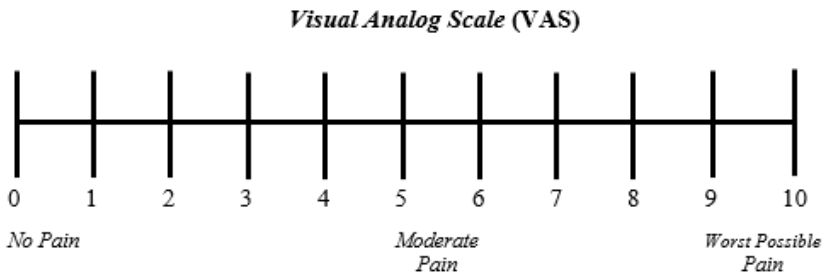
Scale	Verbal Description
1	Not at All
2	Slightly Moderate
3	Moderate
4	High
5	Very High

(Pinzon, 2016)

b. *Visual Analogue Scale (VAS)*

VAS merupakan garis lurus yang menggambarkan skala nyeri secara terus-menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata. Penjelasan tentang intensitas digambarkan sebagai berikut.

Gambar 2.1 Skala pengukuran nyeri VAS



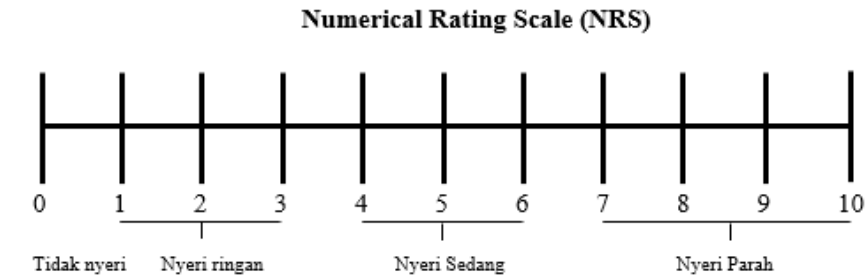
(Pinzon, 2016)

Skala nyeri 0 menunjukkan tidak ada nyeri, skala nyeri 1-3 termasuk nyeri ringan seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules. Skala nyeri 4-6 termasuk nyeri sedang digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk. Skala nyeri 7-9 merupakan skala nyeri berat tetapi masih dapat dikontrol, sedangkan skala nyeri 10 merupakan nyeri sangat berat dan tidak dapat dikontrol. Ujung

kiri pada VAS menunjukkan “tidak ada rasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang paling berat”.

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Gambar 2.2 Skala Pengukuran Nyeri NRS



(Pinzon 2016)

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian. Menurut skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Skor 0: Tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri
- 2) Skor 1-3: nyeri mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan
- 3) Skor 4-6: rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang
- 4) Skor 7-10: rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bukan teriak, nyeri berat

d. *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala ini terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum untuk menandai tidak adanya rasa nyeri yang dirasakan, kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan yang berarti skala nyeri yang dirasakan sangat nyeri. Skala nyeri

tersebut banyak digunakan pada pasien pediatrik dengan kesulitan atau keterbatasan verbal. Dijelaskan kepada pasien mengenai perubahan mimik wajah sesuai rasa nyeri dan pasien memilih sesuai rasa nyeri yang dirasakannya.

Gambar 2.3 Skala Pengukuran Nyeri FRS



(Pinzon, 2016)

5. Penanganan Nyeri

Manajemen penatalaksanaan penanganan nyeri dapat dilakukan dengan terapi farmakologi dan non farmakologi antara lain sebagai berikut.

- a. Terapi Farmakologis dengan memberikan analgesik, golongan opioid untuk nyeri hebat dan golongan anti inflamasi non steroid (NSAID) untuk nyeri sedang atau ringan. Metode menghilangkan nyeri dengan cara sistematis (oral, rektal, transdermal, sublingual, subkutan, intramuskular, intravena atau per infus).
- b. Terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan pendekatan secara fisik dan perilaku kognitif. Ada beberapa tindakan nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, antara lain:
 - 1) Kompres dingin yaitu terapi es yang dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi.
 - 2) Kompres hangat yaitu tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi dan mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat dan tujuannya untuk mengurangi rasa sakit atau nyeri.

- 3) Massase yaitu salah satu stimulasi kulit yang dapat dilakukan dengan teknik pemijatan yang berguna untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan, mengurangi stres dan menciptakan ketenangan,
- 4) TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) adalah pengobatan non-invasif untuk nyeri dan merupakan salah satu cara teraman untuk meredakan nyeri akut dan kronis
- 5) Relaksasi yaitu suatu metode untuk menghilangkan ketegangan dan nyeri otot.
- 6) Distraksi yaitu suatu teknik dengan mengarahkan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, dengan harapan tidak terfokus pada nyeri yang dirasakan pasien (Rahmatun & Heru, 2020).

C. Apendisitis

1. Defenisi Apendisitis

Apendisitis merupakan peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (*apendix*) yang timbul mendadak dan disebabkan oleh berbagai faktor, seperti sumbatan lumen apendiks, hyperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks dan parasit seperti *Entamoeba Hystolytica*, serta kebiasaan makan makanan rendah serat yang dapat menyebabkan konstipasi sehingga menimbulkan penyumbatan (Arifuddin. A *et al.*, 2019).

Peradangan pada apendisitis akan berbahaya dan jika tidak ditangani dengan segera maka akan terjadi infeksi berat yang menyebabkan pecahnya lumen usus. Sehingga diperlukan tindakan untuk mengangkat peradangan dengan proses bedah apendiktomi. Apendiktomi merupakan suatu tindakan pembedahan infasif yang dilakukan untuk membuang atau memotong apendiks yang mengalami peradangan (Wainsani & Khoiriyah, 2020).

2. Klasifikasi Apendisitis

Klasifikasi apendisitis terbagi menjadi dua yaitu sebagai berikut.

- a. Apendisitis akut adalah peradangan pada usus buntu yang biasanya menimbulkan gejala khas. Awalnya, penderita merasakan nyeri yang tidak terlalu tajam dan bersifat samar di area perut atas dekat pusar, yang dikenal sebagai nyeri visceral. Gejala lain yang sering menyertai adalah mual, muntah, dan hilangnya nafsu makan. Dalam beberapa jam, rasa nyeri akan berpindah ke bagian bawah perut kanan (titik McBurney) dan pada titik ini, nyeri menjadi lebih tajam dan jelas, serta terasa lebih terlokalisir. Ini menunjukkan adanya peradangan yang lebih spesifik atau nyeri somatik.
- b. Apendisitis kronis sulit didiagnosis tanpa melihat tiga hal utama: pertama, pasien mengalami nyeri di perut kanan bawah selama lebih dari tiga minggu tanpa ada penyebab lain yang jelas; kedua, setelah menjalani operasi pengangkatan usus buntu (apendiktomi), gejala-gejala tersebut hilang; dan ketiga, secara pemeriksaan laboratorium atau patologi, terbukti adanya peradangan kronis atau jaringan parut (fibrosis) pada usus buntu. Apendisitis kronis biasanya berkembang perlahan dan gejalanya bisa datang dan pergi NURDINI & Listia, (2024).

3. Etiologi Apendisitis

Apendisitis terjadi karena adanya penyumbatan di saluran apendiks (lumen apendikeal). Penyumbatan ini bisa disebabkan oleh beberapa hal, seperti batu apendiks (apendikolit), tumor di apendiks, pembesaran jaringan limfa, kotoran yang mengandung garam kalsium, atau parasit seperti *Entamoeba histolytica*. Faktor lain yang bisa memicu apendisitis adalah kebiasaan makan makanan rendah serat, yang dapat menyebabkan sembelit (konstipasi). Sembelit ini meningkatkan tekanan dalam usus besar (sekum), yang bisa menyebabkan sumbatan pada apendiks dan memicu pertumbuhan bakteri yang dapat menyebabkan infeksi (Rachmayani, 2015).

4. Patofisiologi Apendisitis

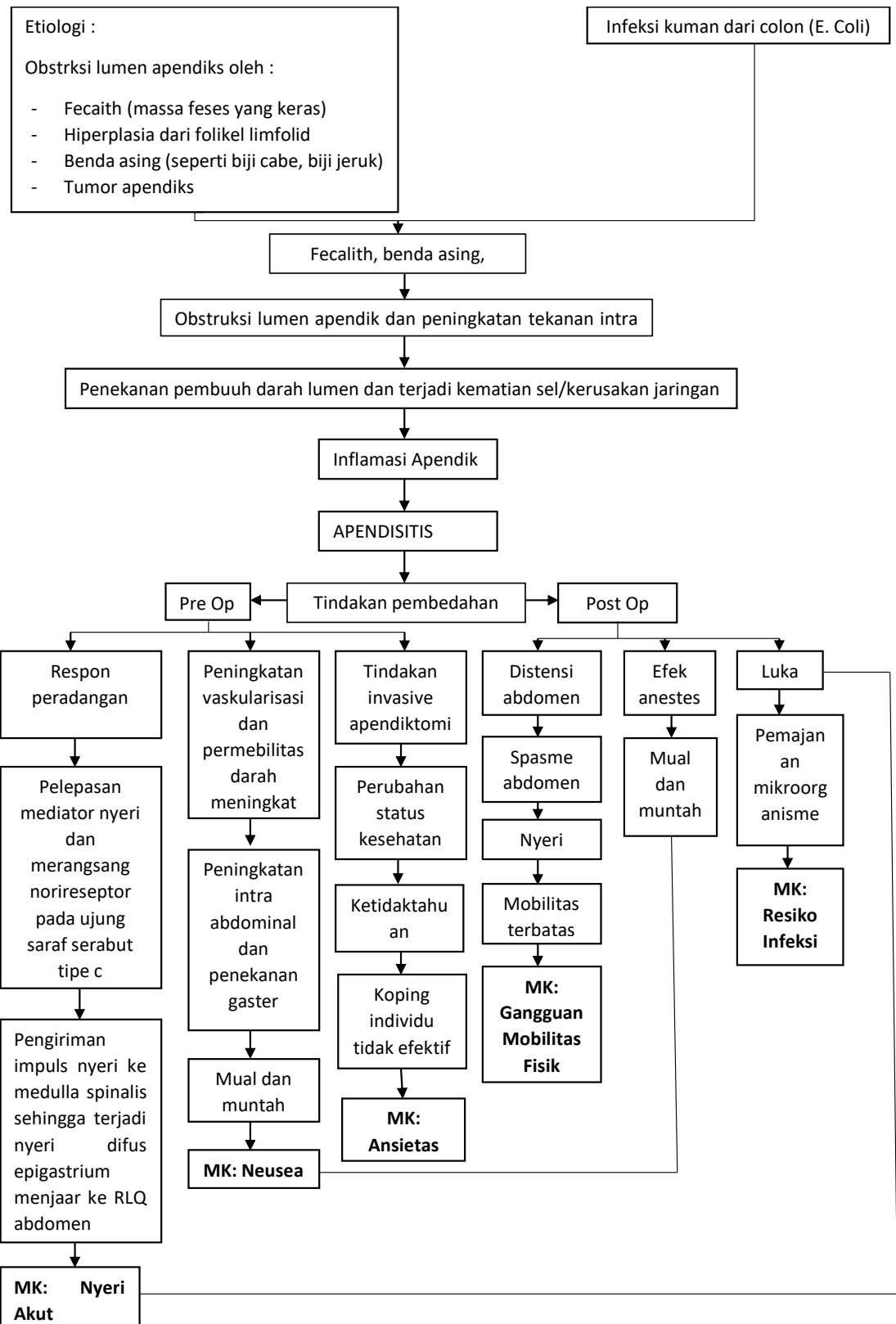
Apendisitis dimulai dengan penyumbatan atau obstruksi pada saluran apendiks (lumen), yang menyebabkan iritasi pada lapisan dalam apendiks (mukosa). Obstruksi ini biasanya terjadi di bagian awal apendiks (proksimal), yang menghalangi aliran normal. Akibatnya, mukosa apendiks terus menghasilkan lendir (mukus), namun karena ada penyumbatan, lendir ini tidak bisa keluar dan terus menumpuk. Seiring waktu, jumlah lendir yang terperangkap semakin banyak, sementara dinding apendiks tidak bisa meregang lebih jauh, sehingga tekanan di dalam apendiks meningkat.

Tekanan yang terus meningkat ini menyebabkan beberapa hal buruk terjadi: pertama, apendiks menjadi kekurangan oksigen (hipoksia). Ini juga mengganggu aliran getah bening (limfe) dan menyebabkan kerusakan pada lapisan mukosa (ulserasi). Bakteri yang ada di dalam apendiks mulai berkembang biak lebih cepat, yang membuat kondisi semakin buruk. Infeksi ini memperburuk pembengkakan apendiks (edema) dan juga menyebabkan pembekuan darah di pembuluh darah kecil dalam dinding apendiks, yang mengarah pada kekurangan darah (iskemia).

Pada tahap ini, apendisitis mungkin baru terbatas pada satu bagian dari apendiks dan menimbulkan rasa sakit di bagian atas perut (epigastrium). Namun, jika proses ini berlanjut, tekanan dalam apendiks terus meningkat, menyebabkan lebih banyak pembengkakan (edema) dan penyumbatan pembuluh darah vena. Bakteri semakin merusak dinding apendiks dan jika pembuluh darah arteri terganggu, akan terjadi kematian jaringan (infark) di dinding apendiks, yang akhirnya bisa menyebabkan gangren (kerusakan jaringan yang parah) (NURDINI & Listia, 2024).

Pathway Apendisitis

Tabel 2.2 Pathway Apendisitis



(Ramadhani, 2023)

5. Tanda dan Gejala Apendisitis

Gejala apendisitis berkembang dengan cepat, kondisi dapat di diagnosis dalam 4-6 jam setelah munculnya gejala pertama. Adapun gejala apendisitis adalah sebagai berikut.

1. Nyeri perut kuadran bawah biasanya disertai dengan demam derajat rendah, mual, dan sering kali muntah.
2. Pada titik McBurney (terletak di pertengahan antara umbilikus dan spina anterior dan ilium) nyeri tekan setempat karena tekanan dan sedikit kaku dari bagian bawah otot rektus kanan.
3. Nyeri alih mungkin saja ada; letak apendiks mengakibatkan sejumlah nyeri tekan, spasme otot, dan konstipasi atau diare kambuhan.
4. Tanda Rovsing (dapat diketahui dengan mempalpasi kuadran kanan bawah, yang menyebabkan nyeri pada kuadran kiri bawah).
5. Jika terjadi ruptur apendiks, maka nyeri akan menjadi lebih menyebar; terjadi distensi abdomen akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk (Rachmayani, 2015).

6. Penanganan Apendisitis

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dan istirahat ditempat tidur. Penatalaksanaan pembedahan hanya dilakukan jika dalam perawatan terjadi abses dengan atau tanpa peritonitis. Penatalaksanaan penanganan apendisitis menurut Hidayat, (2021) yaitu:

- 1) Pre operasi
 - a) Dilakukan pemasangan sonde lambung untuk dekompresi
 - b) Pemasangan kateter untuk mengontrol produksi urine
 - c) Rehidrasi
 - d) Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi, dan diberikan secara intervena
 - e) Obat-obatan penurunan panas diberikan setelah rehidrasi secara intervena
 - f) Jika demam, harus diturunkan sebelum diberi anastesi

2) Operasi

- a) Appendectomy merupakan penatalaksanaan apendisitis yang dilakukan pengangkatan apendiks yang terinflamasi. Pada prosedur tersebut, insisi dilakukan pada bagian titik Mc.Burney
- b) Laparotomi merupakan prosedur yang membuat irisan vertikal besar pada dinding perut ke dalam rongga perut dan mencari sumber kelainan (eksplorasi). Setelah dilakukan dan ditemukan sumber kelainannya, biasanya dokter bedah akan melanjutkan tindakan yang spesifik sesuai dengan kelainan yang ditemukan
- c) Laparoskopi merupakan teknik untuk melihat ke dalam rongga perut tanpa melakukan pembedahan besar, yang merupakan teknik bedah invasif minimal yang menggunakan alat-alat berdiameter kecil untuk menggantikan tangan dokter bedah melakukan prosedur pembedahan di dalam rongga perut.

3). Post operasi

- a) Observasi tanda-tanda vital
- b) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Baringkan pasien dalam posisi semi fowler
- c) Pasien dikatakan dalam keadaan baik jika dalam 12 jam pasien dipuaskan dan hasil observasi pasien normal
- d) Bila ada tindakan operasi yang lebih besar, misalnya pada perforasi puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal
- e) Berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikan 30 ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya dapat diberikan makanan lunak
- f) Satu hari post operasi dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit

g) Hari ke-7 jika jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Tujuan penatalaksanaan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri dengan tindakan non farmakologis seperti kompres hangat/dingin, latihan nafas dalam dan massage punggung, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal
- 2) Penatalaksanaan keperawatan pada pasien sebelum operasi yaitu siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai dari jalur intra vena untuk antibiotik, memasang nasogatrik jika terdapat ileus paralitik dan jangan berikan laksatif (Nurul, 2023).