

BAB II

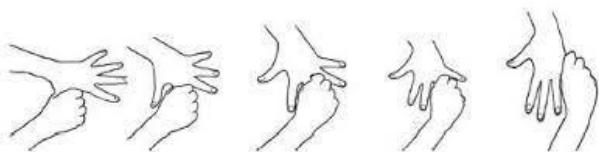
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teknik Relaksasi Genggam Jari (Finger Hold)

1. Defenisi

Terapi relaksasi genggam jari (Finger Hold) adalah teknik dari akupresur Jepang yang disebut *Jin Shin Jyutsu*. Teknik ini menggunakan sentuhan tangan dan interaksi jari dengan pernapasan untuk menyeimbangkan energi dalam tubuh. Dengan memegang jari, kita dapat mengurangi rasa sakit setelah pembedahan dan meningkatkan aliran energi. Genggaman jari merangsang refleks yang membantu aliran energi ke otak, mengurangi sinyal nyeri dan merangsang keluar neurotransmitter yang mengatasi nyeri. Metode ini sederhana dan dapat dilakukan semua orang, mengurangi ketegangan fisik dan emosional. Dengan menggenggam jari dan mengatur pernapasan, kita dapat merangsang aliran energi, membuat tubuh, pikiran, dan jiwa jadi lebih rileks, serta meningkatkan produksi hormon endorfin untuk mengurangi rasa sakit (Larasati dan Hidayati, 2022).

Gambar 2. 1 Genggam Jari (*Finger Hold*)



2. Jenis-jenis

Menurut Asward (2020), teknik dapat dilakukan dengan beberapa teknik yaitu :

a. Relaksasi

Relaksasi merupakan teknik mengatasi kekhawatiran/kecemasan atau stress melalui pengendoran otot-otot saraf, itu terjadi atau bersumber pada obyek-obyek tertentu dan merupakan kondisi istirahat fisik dan mental, tetapi aspek spirit tetap aktif bekerja. Dalam keadaan

relaksasi, seluruh tubuh dalam keadaan homeostatis/seimbang, dalam keadaan tenang tetapi tidak tertidur, dan seluruh otot-otot dalam keadaan rileks dengan posisi tubuh yang nyaman. Relaksasi otot-otot akan meningkatkan aliran darah Ve daerah yang mengalami trauma atau sakit sehingga mempercepat penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri.

b. Distraksi

Teknik distraksi adalah cara untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri ke hal-hal lain, sehingga mereka bisa melupakan rasa sakit. Distraksi dibagi menjadi empat kategori: visual (membaca, menonton TV, imajinasi), auditor (humor, musik), taktil (pernapasan lambat, pijat), dan intelektual (teka-teki, permainan). Teknik ini dapat mengurangi nyeri berdasarkan teori Gate Control, yang menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur oleh mekanisme di sistem saraf pusat. Menggunakan teknik distraksi, terutama yang melibatkan pendengaran, dapat meningkatkan produksi endorfin, yang membantu mengurangi rasa sakit. Orang dengan lebih banyak endorfin cenderung merasakan nyeri lebih sedikit.

c. Mendengarkan musik

Secara fisiologis teknik mendengarkan audio yaitu dengan mendengarkan musik yang disukai pasien seperti music pop, dangdut, kercong dll dapat merangsang pelepasan hormon endorfin yang merupakan substansi sejenis morphin yang disuplai oleh tubuh, sehingga pada saat reseptor nyeri di saraf perifer mengirimkan sinyal ke sinaps, kemudian terjadi transmisi sinaps antara neuron saraf perifer dan neuron yang menuju otak tempat yang seharusnya substansi P akan menghasilkan impuls. Ketika terjadi proses di atas, endorfin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensosik sehingga sensasi nyeri menjadi berkurang.

d. Akupuntur

Akupuntur merupakan teknik yang sederhana, hanya menggunakan jarum khusus serta dapat menunjukkan efek positif dalam waktu singkat. Jarum yang ditusukkan akan merangsang hipotalamus pituitary untuk melepaskan beta endorphin yang berfungsi mengurangi nyeri. Akupunktur merupakan cara pengobatan tradisional dari Cina yang memanfaatkan jarum halus untuk menstimulasi area-area tertentu pada tubuh. Metode ini diyakini bisa mengembalikan keseimbangan energi dan berkontribusi dalam meredakan rasa sakit serta berbagai masalah kesehatan lainnya.

e. Massage

Massage yang efektif untuk dismenoreia adalah dalam bentuk masase yaitu dalam bentuk pijatan. Salah satu bentuk pijatan yaitu dengan counterpressure. Pijat adalah metode perawatan dan penyembuhan yang menggunakan tangan atau alat untuk menyentuh jaringan tubuh, dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan dan mendukung proses penyembuhan dengan bertujuan untuk mengurangi rasa sakit pada otot, memperbaiki aliran darah, mengurangi tekanan, dan meningkatkan rasa relaksasi.

f. Hypnosis

Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan holistik, hipnosis diri menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Hipnosis merupakan keadaan pikiran yang berbeda, mirip dengan tidur namun tetap dalam keadaan sadar, yang memberi kesempatan pada individu untuk meningkatkan perhatian dan konsentrasi. Istilah lain untuk hipnosis adalah hipnoterapi dalam hipnoterapi hipnosis sering dimanfaatkan untuk membantu mengatasi isu seperti kecemasan, ketakutan tertentu, nyeri jangka panjang,

kebiasaan negatif seperti merokok atau ketergantungan alkohol dan mendukung proses penyembuhan dari trauma.

g. Biofeedback

Terapi perilaku yang dilakukan dengan memberikan individu informasi tentang respons fisiologis (mis. tekanan darah atau ketegangan) dan cara untuk melatih kontrol volunter terhadap respon tersebut. Terapi ini digunakan untuk menghasilkan relaksasi dalam dan sangat efektif untuk mengatasi ketegangan otot dan nyeri kepala migren. Ketika nyeri kepala ditangani, elektroda dipasang secara eksternal di atas setiap pelipis. Elektroda mengukur ketegangan kulit dalam mikrovolt. Mesin poligraf terlihat mencatat tingkat ketegangan klien sehingga klien dapat melihat hasilnya.

h. Teknik imagery

Guided imagery merupakan salah satu teknik terapi tindakan keperawatan yang dilakukan dengan cara mengajak pasien berimajinasi membayangkan sesuatu yang indah dan tempat yang disukai atau pengalihan perhatian terhadap nyeri yang bisa dilakukan dengan posisi duduk atau berbaring dengan mata dipejamkan dan memfokuskan perhatian dan berkonsentrasi. Sehingga tubuh menjadi rileks dan nyaman.

i. Menggunakan Stimulasi Cutaneous

Stimulasi yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri. Massase, mandi air hangat, kompres untuk menggunakan kantong es, dan stimulasi saraf elektrik transkutane (TENS) merupakan upaya upaya untuk memenurunkan persepsi nyeri. Salah satu pemikiran dalam stimulasi kutaneus bahwa cara ini menyebabkan pelepasan endorphin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri. Teori gate-control mengatakan bahwa stimulasi kutaneus mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta-A berdiameter

kecil. Gerbang sinap menutup transmisi impuls nyeri. Transcutaneus Electrical Nerve Stimulation (TENS) dilakukan dengan stimulasi pada kulit dengan menggunakan arus listrik ringan yang dihantarkan melalui elektroda luar. Apabila pasien merasa nyeri maka, transmiter dinyalakan dan menimbulkan sensasi kesemutan atau sensasi dengung. Sensasi kesemutan dapat biarkan sampai nyeri hilang.

3. Manfaat

Menurut Maghfuroh dkk, (2023) manfaat genggam jari sebagai berikut :

- a. Mengurangi nyeri, takut dan cemas
- b. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
- c. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
- d. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
- e. Melancarkan aliran dalam darah

4. Evaluasi

Diharapkan pasien mengatakan nyeri setelah operasi *Appendiktomi* nyeri diarea di luka bekas operasi, klien mengeluh masih nyeri terasa seperti disayat-sayat atau ditusuk-tusuk dan nyerinya hilang timbul. Pengkajian skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* sebelum dilakukan relaksasi genggam jari yaitu pasien mengeluh pada skala sedang. Setelah dilakukan didapatkan hasil dari pengkajian skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* yaitu klien mengatakan nyeri pada skala ringan. Terdapat perubahan skala nyeri pada pengkajian skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* sebelum dan sesudah dilakukan relaksasi genggam jari yaitu dari skala sedang menjadi ringan. pasien kooperatif, kondisi umum pasien baik Retnaningrum dkk, (2024).

5. Standar Operasional Prosedur

Tabel 2. 1 SOP Teknik Relaksasi Genggam Jari (*Finger Hold*)

Pengertian	Teknik relaksasi genggam jari merupakan intervensi non-farmakologis dalam manajemen nyeri, teknik ini dapat dilakukan oleh siapa saja, dan dimana saja. Teknik relaksasi ini adalah kombinasi dari relaksasi nafas dalam dan genggam jari. Sensasi yang dirasakan ini memberikan rasa kenyamanan, menghilangkan rasa stress pada fisik dan peningkatan toleransi terhadap rasa sakit.
Manfaat	Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri serta kondisi klien dalam emosional.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas. 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam. 3. Memberikan sensasi rasa nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan mengendalikan emosi.
Indikasi	Pasien yang mengalami post operasi.
Kontra Indikasi	Tidak menerapkan pada pasien luka di daerah telapak tangan.
Fase Pra-interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapkan alat (lembar wawancara, lembar observasi pre dan post test). 2. Persiapkan lingkungan yang nyaman dan tenang.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikansalam dan memperkenalkan diri 2) Menjelaskan tujuan dan manfaat 3) Menjelaskan prosedur pelaksanaan 4) Memberikan kesempatan klien untuk bertanya 5) Menanyakan persetujuan klien 6) Menjaga privasi klien 2. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1) Posisikan pasien berbaring lurus ditempat tidur atau posisikan pasien duduk dengan nyaman. 2) Pasien menunjukkan angka nyeri yang dirasakan sekarang 3) Relaksasi dimulai dengan menggenggam jari dengan lembut pada bagian ibu jari, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut.

	<p>4) Tutup mata, fokus, tarik nafas perlahan dari hidung. Hembuskan perlahan dengan mulut.</p> <p>5) Genggam ibu jari selama kurang lebih 3-5 menit sembari tarik nafas perlahan dari hidung, lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan dilakukan satu persatu dengan rentang waktu yang sama.</p>
Terminasi	<p>1) Berikan reinforcement positif atas keberhasilan pasien melakukan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>2) Melakukan evaluasi tindakan lalu catat dan dokumentasikan hasil dari observasi yang telah dilakukan</p>

Sumber : Rifti Ekawati dkk, (2022)

B. Gangguan Nyeri Akut

1. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Nyeri merupakan sensasi sensori dari pengalaman subyektif yang dialami setiap individu dan berbeda persepsi antara satu orang dengan yang lain yang menyebabkan perasaan tidak nyaman, tidak menyenangkan berkaitan dengan adanya atau potensial kerusakan jaringan Loue dkk, (2018).

2. Penyebab

Penyebab Nyeri Akut yaitu : agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan) (SDKI DPP PPNI, 2018).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala nyeri akut yaitu, pada tanda gejala mayor objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misal. waspada, posisi menghindar

nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur. Tanda dan gejala minor objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus, pada diri sendiri, diaforesis (SDKI DPP PPNI, 2018).

4. Pengkajian Nyeri

Menurut Abselian dkk, (2023) nyeri dapat dinilai dengan memahami (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut :

a. *Provocates/palliates (P)*

Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri.

b. *Quality (Q)*

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang di rasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk dan sebagainya.

c. *Region (R)*

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri (Pinzon, 2016).

d. *Severity (S)*

Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, hiasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat.

e. *time (T)*

Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri, Perawat dapat menanyakan sejak kapan merasakan nyeri sudah merasa nyeri berapa lama.

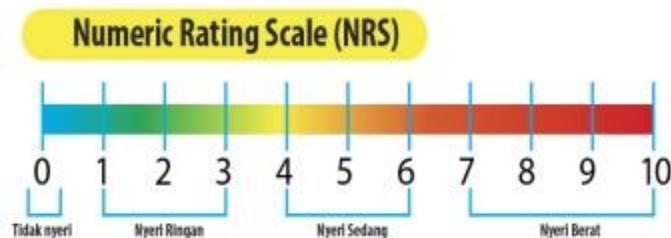
5. Pengukuran Skala Nyeri

a) *Numeric Rating Scale*

Menurut De Zoete dkk, (2021) menggantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit setelah operasi.

- a. Skala 0 artinya tidak nyeri.
- b. Skala 1-3 artinya nyeri dengan tingkat ringan dan pasien dapat mentoleransi nyeri.
- c. Skala 4-6 artinya nyeri dengan tingkat sedang dan pasien tampak merintih kesakitan dan tampak memegang lokasi nyeri.
- d. Skala 7- 10 artinya nyeri dengan tingkat berat dan pada tingkat ini pasien sudah mengeluh sangat sakit serta nyeri sampai mengganggu aktivitasnya.

Gambar 2.2 : Numeric Rating Scale (NRS)



Sumber : Runilo, L., (2021)

6. Faktor-faktor Mempengaruhi Nyeri

Menurut Jao dkk, (2011) dalam Abselian dkk, (2023), menyatakan bahwa ada faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu :

- a. Budaya

Latar belakang etnik dan warisan budaya telah lama dikenal sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi nyeri dan ekspresi nyeri tersebut. Perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan perbedaan yang telah dikodratkan Tuhan. Perbedaan antara laki laki dengan perempuan tidak hanya dalam faktor biologis, tetapi aspek sosial kultural juga membentuk berbagai karakter sifat gender. Karakter jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri (contoh: laki-laki tidak pantas mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri). Jenis kelamin dengan respon nyeri laki-laki dan perempuan berbeda. Hal ini terjadi karena laki-laki lebih siap untuk menerima efek, komplikasi dari nyeri sedangkan perempuan suka mengeluhkan sakitnya dan menangis.

c. Usia

Usia dalam kamus besar Bahasa Indonesia adalah waktu hidup atau ada sejak dilahirkan. Semakin bertambah usia semakin bertambah pula pemahaman terhadap suatu masalah yang diakibatkan oleh tindakan dan memiliki usaha untuk mengatasinya. Umur lansia lebih siap melakukan dengan menerima dampak, efek dan komplikasi nyeri. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak yang masih kecil memiliki kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat.

d. Makna nyeri

Beberapa klien dapat lebih mudah menerima nyeri dibandingkan klien lain, bergantung pada keadaan dan interpretasi klien mengenai makna nyeri tersebut. Seorang klien yang menghubungkan rasa nyeri dengan hasil akhir yang positif dapat menahan nyeri dengan sangat baik. Sebaliknya, klien yang nyeri kroniknya tidak mereda dapat merasa lebih menderita. Mereka dapat berespon dengan putus asa, ansietas, dan depresi karena mereka tidak dapat menghubungkan maknapositif atau tujuan nyeri.

e. Kepercayaan spiritual

Kepercayaan spiritual dapat menjadi kekuatan yang memengaruhi pengalaman individu dari nyeri. Pasien mungkin terbantu dengan cara berbincang dengan penasihat spiritual mereka.

f. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

g. Ansietas

Ansietas adalah kondisi emosi yang ditandai oleh ketakutan atau perasaan tidak tenang. Hal ini muncul karena kekhawatiran yang berlebihan terhadap ancaman dari luar atau dalam diri sendiri. Ansietas dapat memicu reaksi tubuh yang meliputi perilaku, perasaan, pikiran, dan gejala fisik.

h. Lingkungan dan dukungan keluarga

Individu dari kelompok sosiobudaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang, tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri, klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan.

i. Pengalaman sebelumnya

Mahasiswa yang pernah mengalami haid kemungkinan akan lebih siap menghadapi nyeri dibandingkan remaja yang belum pernah. Namun demikian, pengalaman nyeri sebelumnya tidak berarti bahwa individu akan mengalami nyeri yang lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian nyeri tanpa pernah sembuh maka rasa takut akan muncul dan sebaliknya.

7. Penanganan Nyeri

Menurut Standart Intervensi Indonesia (SIKI, 2018) penanganan Nyeri

Akut adalah Manajemen Nyeri.

Observasi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik :

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

C. Konsep Dasar Post Appendiktomi

1. Defenisi

Post Appendektomi adalah suatu tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat *Appendiks* dengan tujuan mengurangi risiko perforasi, asbes atau komplikasi serius lainnya. Setelah menjalani operasi, pasien biasanya akan merasakan nyeri sebagai dampak dari prosedur tersebut, yang disebabkan oleh kerusakan pada ujung saraf di sekitar area operasi. Rasa nyeri ini dapat menimbulkan ketidaknyamanan. Tindakan ini khususnya dianjurkan untuk mengatasi kondisi apendisitis Haryanti dkk, (2023).

2. Jenis-Jenis

Menurut Hopkins (2023) *Appendiktomi* dibagi menjadi dua yaitu:

- a. *Open Appendectomy* potongan atau sayatan berukuran 2 hingga 4 inci dibuat di sisi kanan bawah perut atau abdomen. *Appendiks* diangkat melalui sayatan tersebut.
- b. *Laparoscopic Appendectomy* Metode ini kurang invasif. Itu berarti dilakukan tanpa sayatan besar. Sebagai gantinya, dari 1 hingga 3 potongan kecil dibuat. Tabung panjang dan tipis yang disebut laparoskop dimasukkan ke dalam salah satu sayatan. Ini memiliki kamera video kecil dan alat-alat bedah. Dokter bedah melihat ke monitor tv untuk melihat bagian dalam perut serta memandu menggunakan alat kemudian *Appendiks* diangkat melalui salah satu sayatan tersebut.

3. Penyebab

Menurut Haryanti dkk, (2023), menjelaskan bahwa tindakan operasi *Appendiktomi* karena adanya peradangan pada *Appendiks* yang dapat menyababkan infeksi dan distensi atau pembengkakan apabila tidak ditangani segera. Selain itu, tindakan *Appendiktomi* dilakukan karena pada daerah *Appendiks* mengalami hambatan dalam saluran yang disebabkan oleh peningkatan jumlah jaringan limfoid, fekalith, dan tumor di dalam

Appendiks. Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa ada kebiasaan pola makan yang rendah serat, tinggi gula, dan lemak serta kurang minum serta buah-buahan yang ada biji-bijian yang dapat memicu konstipasi yang berperan dalam timbulnya *Appendiks*. Konstipasi dapat meningkatkan tekanan intrasekal yang pada gilirannya dapat menyebabkan sumbatan pada fungsi *Appendiks* serta meningkatkan pertumbuhan mikroorganisme.

4. Patofisiologi

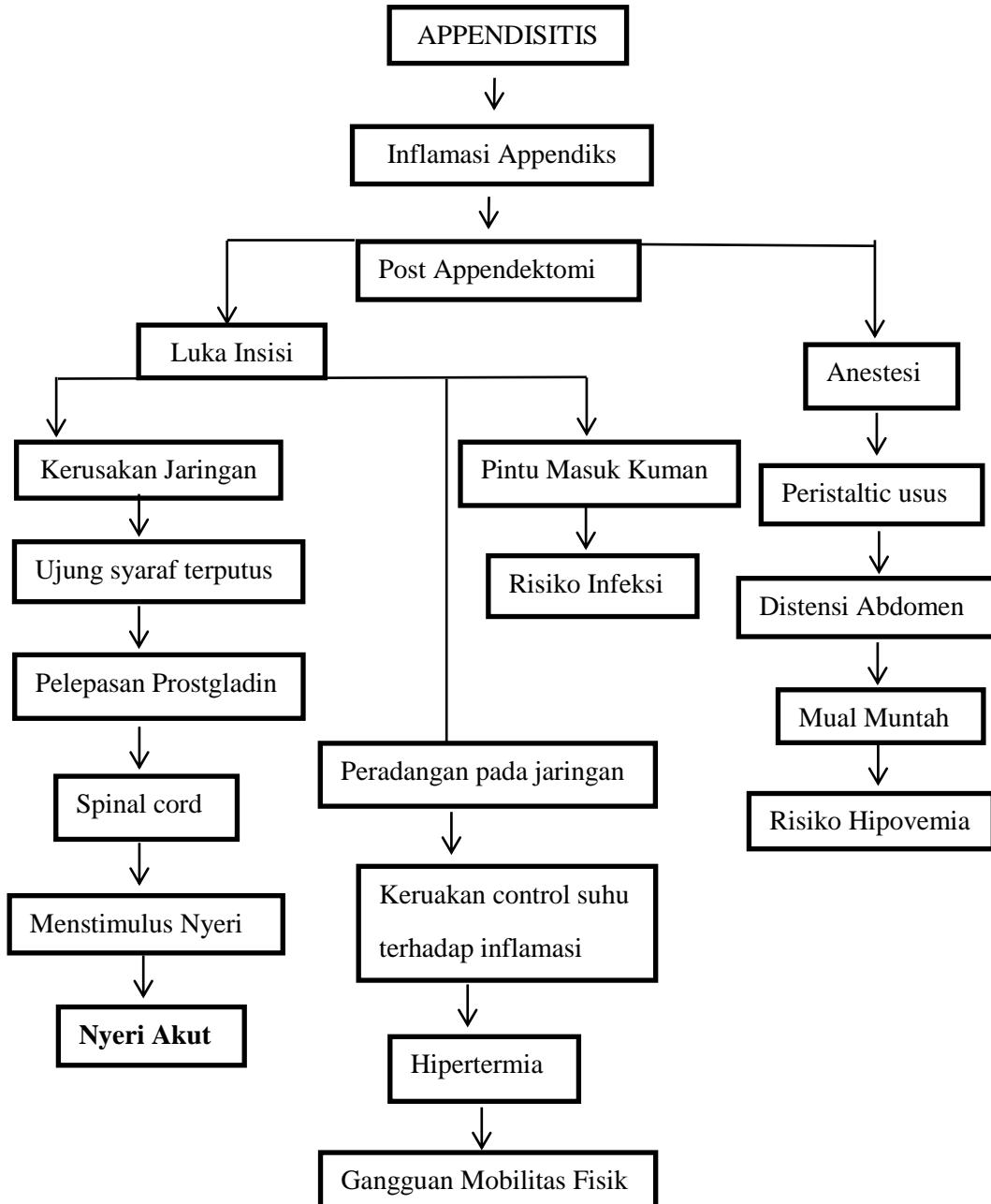
Appendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mukus tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding *Appendiks* mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi *Appendisitis* akut lokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium.

Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri didaerah kanan bawah. Keadaan ini disebut *Appendisitis* supuratif akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding *Appendiks* yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan *Appendisitis* gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi *Appendisitis* perforasi.

Bila semua proses diatas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah *Appendiks* hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis. Peradangan pada *Appendiks* tersebut dapat menjadi abses atau menghilang (Safitri, 2023).

Pathway

Skema 2.1 Pathway Post Appendiktomi



sumber : Roza Andalia, (2023)

5. Tanda dan Gejala

Menurut Masriadi (2021) klien yang menjalani *Post Appendiktomi* memiliki gejala klinis, yaitu :

- a. Mual
- b. Muntah
- c. Tidak nafsu makan
- d. Nyeri diperut kanan bagian bawah
- e. Demam ringan
- f. Diare

6. Komplikasi

Rahayu dalam Helci Yuliana (2023) menyatakan bahwa ada komplikasi yang terjadi dengan Post Appendiktomi, yaitu :

- a. Infeksi pada luka, infeksi biasanya ditandai dengan luka yang mengeluarkan cairan kuning atau nanah, ada bengkak dikulit disekitaran lukanya, dan terjadinya peningkatan suhu tubuh.
- b. Perlengketan usus, dengan gejala merasa ketidaknyamanan pada perut, kesulitan buang air besar.
- c. Komplikasi jarang terjadi seperti ileus, gangrene peritonitis, obstruksi usus.

7. Penanganan

Menurut Nopita dkk, (2024), penanganan yang diberikan kepada klien yang menderita *Post Appendiktomi*, yaitu :

- a. Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai dari jalur intravena, berikan antibiotik, dan masukkan selang nasogastric tube (bila terbukti ada ileus paralitik). Jangan berikan enema/laksatif (dapat menyebabkan perforasi).
- b. Setelah operasi, posisikan pasien fowler-tinggi, berikan analgesik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi, berikan makanan yang disukai pasien pada hari pembedahan (jika dapat ditoleransi). Jika pasien dehidrasi sebelum pembedahan,

- berikan cairan intravena.
- c. Jika drain terpasang pada area insisi, pantau secara ketat adanya tanda-tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder, atau abses sekunder (misal demam, takikardi, dan peningkatan jumlah leukosit).

8. Perawatan

Perawatan pada *Post Appendiktomi* dengan dilakukan pemeriksaan, yaitu :

- a. Appendicogram dengan hasil positif : Non-filling, Mouse tail, Partial filling dan Cut off.
- b. Pemeriksaan ultrasonografi abdominal dengan hasil terdapat bagian yang memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada usus buntu atau apendiks.
- c. CT-Scan abdominal memiliki akurasi 95% dalam mendiagnosis *Appenditis*. Biasanya akan ditemukan bagian yang menyilang dengan *Appendicalith* serta adanya perluasan *Appendiks* yang mengalami inflamasi serta pelebaran saekum Cruz dkk, (2022).