

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Relaksasi Genggam Jari

1. Definisi Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi genggam jari merupakan salah satu teknik yang dapat mengatasi nyeri pasien paska bedah. Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik-titik refleksi pada tangan dapat memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggam. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang keju atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan dijalur energi menjadi lancar (Evrianasari *et al*, 2019).

Menggenggam jari sambil mengatur nafas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 3-5 menit dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi meridian (*energy channel*) yang terletak pada jari tangan. Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggam (Safaruddin, 2022).

Teknik relaksasi genggam jari dapat membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon *endorphin*, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang. Di kenal juga sebagai teknik *finger hold*, metode ini dapat dilakukan oleh siapa saja dengan cara menggenggam jari tangan bersamaan dengan pengambilan napas dalam, yang bertujuan untuk mengatasi ketegangan fisik dan emosional secara efektif (Larasati & Hidayati, 2022).

2. Tujuan Relaksasi Genggam Jari

Tujuan Relaksasi Genggam Jari dilakukan yaitu untuk menurunkan tingkat kecemasan, rasa khawatir, dan dapat mengendalikan emosional pasien serta menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan. Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf *afere*n non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup hingga stimulus pada kortek serebri dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak (Pinandita *et al.*, 2022).

3. Indikasi

Menurut Indriani, teknik relaksasi genggam jari dapat dilakukan juga dapat digunakan pada seluruh pasien pasca operasi dengan keluhan nyeri (Indriani, 2020).

4. Kontraindikasi

Menurut Indriani, *Hold Finger* atau Genggam Jari tidak diperkenankan dilakukan pada pasien dengan indikasi pasien dengan luka di area telapak tangan dan pasien dengan luka di area telapak kaki (Indriani, 2020).

5. Standar Operasional Prosedure (SOP)

Pengertian : Teknik Relaksasi Genggam Jari yang disebut juga *finger hold* adalah sebuah teknik relaksasi yang digunakan untuk meredakan atau mengurangi intensitas nyeri pasca operasi.

Tujuan : Untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien pasca operasi, dan memberikan rasa nyaman pada pasien pasca operasi.

Manfaat : Manfaatnya meliputi penurunan stres dan kecemasan, berkurangnya nyeri, minimnya efek samping, dan memberikan rasa nyaman.

Prosedur :

Tahap pra-interaksi meliputi:

1. Mengidentifikasi dan memahami perasaan, harapan, serta kecemasan yang dimiliki diri sendiri.
2. Mengevaluasi kekuatan dan kelemahan yang dimiliki perawat.
3. Mengumpulkan informasi terkait pasien.
4. Menyusun rencana untuk pertemuan awal dengan klien

Tahap persiapan meliputi:

1. Mengucapkan salam, menanyakan nama pasien, serta memperkenalkan diri.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien atau keluarganya.
3. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengajukan pertanyaan.
4. Menjaga privasi klien dan melakukan cuci tangan sesuai prinsip langkah

Tahap pelaksanaan meliputi:

1. Posisikan pasien dengan barbing lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dalam dan merilekskan semua otot.
2. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut.
3. Pasien diminta untuk mengatur nafas dalam dengan hitungan teratur.
4. Genggam ibu jari selama kurang lebih 3-5 menit dengan bernafas secara teratur, untuk kemudian seterusnya satu per satu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama.
5. Setelah kurang lebih 15 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain.

Tahap terminasi meliputi:

1. Mengevaluasi respons klien terhadap tindakan yang telah diberikan.
2. Menyusun rencana tindak lanjut.
3. Melakukan dokumentasi kegiatan dan hasilnya.
4. Mengakhiri sesi dengan mengucapkan salam

Teknik ini dilakukan pada pasien post appendiktomi, sekitar 6-7 jam setelah pemberian analgesik, pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif saat akan dilakukan tindakan. Lakukan pengkajian nyeri terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan. Terapi relaksasi genggam jari umumnya dapat dilakukan 15-30 menit dengan jeda istirahat diantaranya. Pemberian teknik relaksasi genggam jari dilakukan 1 kali dalam sehari selama 3 hari berturut-turut untuk mendapatkan hasil yang optimal dalam mengurangi nyeri (Larasati & Hidayati, 2022).

B. Konsep Masalah Keperawatan Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah kondisi yang tidak menyenangkan dan subjektif yang disebabkan oleh kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan dan terlokasi secara destruktif pada suatu bagian tubuh, menyebabkan seperti ditusuk, terbakar, atau melilit jaringan (Murniati & Wulaningsih, 2025).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Nyeri Akut Adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala atau pun tingkatannya, dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (SDKI DPP PPNI, 2016).

Internasional association for the study of pain mengatakan bahwa nyeri adalah suatu sensor yang tidak menyenangkan, dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang potensial atau actual. Nyeri sering muncul bersamaan dengan suatu penyakit, pemeriksaan, atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan dialami lebih banyak orang dibandingkan masalah kesehatan lainnya. Biasanya, nyeri muncul sebagai tanda adanya gangguan dalam tubuh, dimana saraf sensorik nyeri terpicu dan menimbulkan rasa tidak nyaman, stres, atau

penderitaan. Dalam keperawatan, nyeri didefinisikan sebagai apa pun yang dirasakan menyakitkan oleh seseorang, dan dianggap ada kapan pun individu tersebut mengatakan ia merasakannya (Nurhafinah & Sari, 2022).

2. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri yang berhubungan dengan fisik dan nyeri yang berhubungan dengan psikis. Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan pada fisik, melainkan terjadi akibat adanya trauma yang dialami pada psikologis yang berpengaruh pada fisik. Sedangkan nyeri yang disebabkan oleh fisik mengakibatkan trauma secara kimia, mekanik, ataupun termal (Nurhafinah & Sari, 2022).

3. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi, dan derajat nyeri merupakan alat penting dalam penilaian, dan pengelolaan nyeri. Klasifikasi nyeri membantu dalam memahami sifat, penyebab, dan karakteristik nyeri, serta memberikan Gambaran tentang tingkat keparahan nyeri yang dialami (Sumarsih, 2023). Nyeri dapat digolongkan berdasarkan beberapa kelompok antara lain:

a. Berdasarkan waktu nyeri

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah jenis nyeri yang muncul secara tiba-tiba sebagai reaksi langsung terhadap cedera atau penyakit. Biasanya berlangsung dalam waktu singkat, terasa tajam, jelas Lokasi sumbernya, dan sering ditandai dengan gejala inflamasi seperti kemerahan, dan pembengkakan.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah rasa sakit yang berlangsung lebih dari 3 bulan, atau lebih lama dari waktu penyembuhan yang seharusnya. Rasa sakit ini bisa muncul terus-menerus atau datang, dan pergi, dan dapat juga menjadi masalah yang menetap dalam aktivitas sehari-hari. Nyeri kronis biasanya melibatkan hal- hal fisik, emosional, dan sosial yang kompleks.

b. Berdasarkan Mekanisme Nyeri

1. Nyeri Nokiseptif

Nyeri nokiseptif muncul ketika reseptor nyeri (nokiseptor) pada jaringan mengirimkan sinyal ke system saraf pusat sebagai reaksi terhadap adanya kerusakan jaringan, misalnya akibat cedera ataupun proses peradangan.

2. Nyeri Neuropatik

Nyeri ini terjadi ketika muncul kerusakan atau defungsi pada system saraf pusat, atau perifer. Nyeri ini dapat menimbulkan sensasi terbakar, kesemutan, atau rasa sakit yang menusuk, dan tajam.

3. Nyeri Psikologis

Nyeri psikologis berkaitan dengan faktor psikologis, seperti stress, merasakan cemas, atau bisa juga menyebabkan depresi. Nyeri ini tidak memiliki dasar fisik yang jelas, dan sulit untuk dijelaskan secara objektif.

c. Berdasarkan Lokasi

1. Nyeri Somatik

Nyeri somatik muncul karena disebabkan jaringan tubuh, tulang otot, tulang, dan kulit. Nyeri ini biasanya terlokalisasi dengan baik, dan dapat dirasakan sebagai tumpul, tajam, atau menusuk.

2. Nyeri Viskeral

Nyeri ini dapat terjadi didalam organ tubuh, seperti jantung, ginjal, atau lambung, nyeri ini sering kali bersifat tumpul atau perasaan tertekan, dan sulit untuk diidentifikasi dengan jelas dimana lokasi tersebut terjadi.

d. Derajat Nyeri

1. Nyeri ringan

Nyeri ringan adalah nyeri dengan Tingkat intensitas yang lebih tinggi dari nyeri ringan. Secara objektif, pasien tampak meringis atau menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri serta

menggambarkan, dan masih mampu mengikuti intruksi dengan baik.

2. Nyeri sedang

Nyeri sedang memiliki tingkat intensitas yang lebih tinggi dari nyeri ringan. Secara objektif, pasien tampak meringis atau menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri serta menggambarannya, dan masih mampu mengikuti instruksi dengan baik.

3. Nyeri berat

Nyeri berat adalah nyeri yang muncul sangat intens. Secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih berespon terkait tindakan, mampu menunjukkan tempat nyeri namun tidak mampu menjelaskannya, tidak dapat diatasi dengan mengubah posisi atau melakukan nafas dalam.

6. Tanda dan Gejala Nyeri

- a. Mengeluarkan suara seperti meringis, merintih, atau menarik napas panjang.
- b. Menunjukkan ekspresi wajah yang tampak menahan sakit.
- c. Melakukan gerakan seperti menggigit bibir atau lidah, mengatupkan gigi, mengerutkan dahi, serta menutup atau membuka mata dan mulut dengan kuat.
- d. Memperlihatkan gerakan tubuh gelisah, berjalan mondar-mandir, melakukan gerakan menggosok atau berulang, melindungi bagian tubuh tertentu, atau tubuh tampak kaku.
- e. Menjauhi percakapan dan kontak sosial, memusatkan perhatian pada aktivitas untuk mengurangi rasa sakit, serta mengalami disorientasi waktu.

7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi

Menurut Murniati, Wulaningsih, ada sejumlah variabel yang dapat mempengaruhi nyeri, antara lain:

a. Usia

Usia dapat mempengaruhi cara seseorang merespons rasa nyeri. Contohnya, anak kecil yang belum bisa bicara akan kesulitan menyampaikan atau menjelaskan rasa sakitnya, sedangkan orang lanjut usia mungkin memilih untuk tidak memberitahukan nyeri yang mereka rasakan karena menganggap bahwa rasa sakit itu adalah sesuatu hal yang wajar di usia mereka.

b. Jenis Kelamin

Dalam banyak situasi, pria dan wanita sebenarnya tidak memiliki perbedaan besar dalam cara mereka menghadapi nyeri. Hal ini dipengaruhi oleh budaya tertentu. Misalnya, mengajarkan bahwa anak laki-laki harus kuat, tidak boleh mengatakan sakit, sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

c. Perhatian

Persepsi nyeri pada seorang klien dapat dipengaruhi oleh seberapa besar perhatian yang diberikan pada rasa sakit tersebut. Ketika seseorang melakukan distraksi atau mengalihkan fokus, respon terhadap nyeri cenderung menurun, sedangkan semakin besar perhatian yang diberikan justru dapat meningkatkan rasa nyeri. Prinsip ini dimanfaatkan perawat dalam berbagai metode manajemen nyeri, seperti latihan relaksasi, teknik imajinasi terbimbing, dan pijat.

d. Ansietas

Walaupun ansietas kerap memperkuat persepsi terhadap nyeri, nyeri itu juga dapat menimbulkan ansietas. Komponen sistem limbik yang berfungsi mengendalikan emosi, khususnya ansietas, akan aktif ketika menerima rangsangan nyeri.

e. Genetik

Genetik informasi genetik yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas

seseorang terhadap nyeri. Gen yang ada di dalam tubuh seseorang dibentuk dari kombinasi gen ayah dan ibu. Gen yang paling dominan yang akan menentukan kondisi dan psikologis seseorang (Murniati & Wulaningsih, 2025).

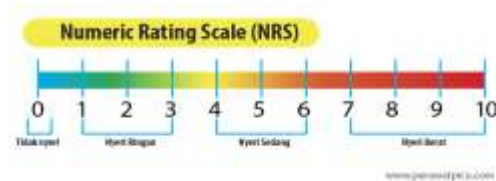
8. Pengkajian Awal Nyeri

1. *Onset (O)* merupakan waktu kapan nyeri mulai dirasakan pasien.
2. *Palliative/ Provocating (P)* merupakan informasi tentang penyebab nyeri dan apa yang menyebabkan nyeri semakin berat dirasakan pasien.
3. *Quality (Q)* merupakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti apa (bagaimana) nyeri yang dirasakan oleh pasien, seperti tertusuk, panas, terbakar, tertindih, dan sebagainya.
4. *Region/Radiation (R)* merupakan lokasi dimana nyeri dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri itu dirasakan.
5. *Severity (S)* merupakan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Biasanya menggunakan skala dan derajat nyeri.
6. *Treatment (T)* merupakan informasi tentang proses pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya termasuk hasil pengobatan, efek samping, efektifitas obat dan juga obat-obat analgesik yang saat ini sedang digunakan.
7. *Understanding/impact of you (U)* merupakan informasi tentang pemahaman pasien terhadap rasa nyeri yang dirasakan dan juga seberapa besar rasa nyeri tersebut memengaruhi aktivitas dan kegiatan pasien.
8. *Value (V)* merupakan informasi tentang penilaian pasien terhadap nyeri yang dirasakan, bagaimana harapan pasien tentang nyeri nya, hasil yang diharapkan dan juga tentang pentingnya pengurangan rasa nyeri sampai hilang bagi pasien dan keluarganya.

9. Metode Pengukuran Nyeri

1) Skala Numerik

Skala nurematik (*numerical rating/NRS*), digunakan sebagai pengganti deskripsi verbal untuk menilai nyeri. Pada skala ini, pasien memberikan penilaian dari 0-10, dimana angka 0 berarti berarti tidak ada nyeri, dan angka 10 menunjukkan nyeri paling berat yang dirasakan. Skala ini efektif untuk menilai intensitas nyeri sebelum, dan sesudah dilakukan intervensi terapeutik.



Gambar 2.1 *Numerical Rating Scale/NRS*

Keterangan:

0 : Tidak ada nyeri

1-3: Nyeri Ringan

4-6: Nyeri Sedang

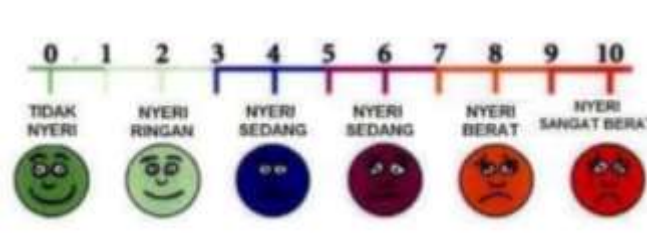
7-9: Nyeri Berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih bisa untuk merespon tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan ahli posisi napas Panjang dan distraksi.

10: Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi mendeskripsikan dimana lokasi nyeri yang sedang dialami.

2) Skala wajah (*Wong Baker Faces Paint Test*)

Skala wajah/skala analog visual (*wong baker faces pain rating scale*) merupakan skala yang mudah untuk dilakukan. Untuk mengetahui nyeri pada klien cukup hanya menggunakan ekspresi wajah saja, dan menggambarkan nyeri yang di rasakan oleh pasein. *Wong-baker faces pain ratingscale* merupakan metode mengkaji tingkat nyeri dengan cara melihat ekspresi wajah ketika nyeri dirasakan. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, “tidak ada sakit” sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan “sakit terburuk”. Pasien harus memilih wajah yang

paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penelitian skala ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas.



Gambar 2.2 Skala Wajah/Skala Analog Visual

Keterangan:

0 : Tidak ada nyeri

1-3: Nyeri Ringan, klien masih bisa menahan.

4-6: Nyeri Sedang, secara objektif klien mendesis, menyeringai dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9: Nyeri Berat, secara objektif klien terkadang tidak mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10: Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi mendeskripsikan dimana lokasi nyeri yang sedang dialami.

3) *Comparative Pain Scale*

Rasa nyeri yang dialami setiap orang berbeda-beda. Tingkat nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri ringan, sedang, dan berat, yang kemudian dikenal sebagai Skala Nyeri. Tenaga kesehatan perlu mengetahui seberapa besar nyeri yang dirasakan pasien. Informasi mengenai skala nyeri membantu mereka menilai tingkat keparahan penyakit, menegakkan diagnosis secara lebih tepat, merencanakan tindakan keperawatan atau pengobatan yang sesuai, serta mengevaluasi efektivitas perawatan atau terapi yang telah diberikan (Yulianingsih, *et al.*, 2024).

- 5: Nyeri sangat menyakitkan, kuat, dalam, serta menusuk, seperti saat pergelangan kaki terkilir.
- 6: Nyeri intens, kuat dan menusuk hingga memengaruhi sebagian indera, menyebabkan sulit fokus dan menurunkan kemampuan berkomunikasi
- 7: Nyeri sangat intens yang mendominasi seluruh indera, membuat pasien sulit berkomunikasi dan tidak mampu merawat diri.
- 8: Nyeri yang sangat parah hingga mengganggu kejernihan berpikir, bahkan dapat menimbulkan perubahan kepribadian bila berlangsung lama.
- 9: Nyeri sangat menyiksa dan tak tertahankan, membuat pasien menuntut penghilang rasa sakit secepat mungkin tanpa peduli risiko.
- 10: Nyeri luar biasa hebat hingga menyebabkan hilang kesadarannya. Umumnya pasien tidak mencapai tingkat ini karena biasanya sudah pingsan sebelumnya, misalnya pada cedera berat dengan kerusakan ekstrem pada anggota tubuh.

Dari sepuluh skala diatas dapat di kelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu:

- 1-3 : Nyeri ringan (masih dapat ditahan, aktivitas tidak terganggu).
- 4-6 : Nyeri sedang (mengganggu aktivitas fisik).
- 7-10 : Nyeri berat (pasien umumnya tidak mampu beraktivitas mandiri).

C. Konsep Appendiktomi

1. Definisi appendiktomi

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks atau yang biasa disebut Usus Buntu. Apendiks adalah organ kecil sebesar 1 ruas jari yang menempel pada usus besar di sisi kanan bawah perut. Bila usus buntu tersumbat, usus buntu akan meradang dan bakteri bisa tumbuh didalamnya. Appendiktomi adalah pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis yang dilakukan untuk menghilangkan atau mengangkat usus buntu sudah terinfeksi (Wainsani & Khoiriyah, 2020).

Appendiktomi merupakan tindakan pembedahan untuk mengangkat kolon appendiks yang dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Tindakan appendiktomi ini dapat menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh. Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit appendiktomi atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis abses (Selia *et al.*, 2023).

2. Klasifikasi

Menurut Hanifah, dalam Ratih *et al.*, jenis-jenis appendiktomi antara lain :

1. Appendiktomi terbuka dilakukan dengan membuat sayatan 2-4 inci pada bagian bawah perut. Usus buntu dikeluarkan melalui sayatan yang telah dilakukan dan sayatan ditutup kembali. Appendiktomi terbuka harus dilakukan jika usus buntu pasien sudah pecah dan infeksinya sudah menyebar. Appendiktomi terbuka juga merupakan metode yang harus dipilih bagi pasien yang sudah pernah mengalami pembedahan pada bagian perut.
2. Appendiktomi laparoskopi dilakukan dengan membuat sayatan 1-3 inci dibagian bawah kanan perut. Setelah membuat sayatan di perut, laparoskop di masukan ke dalam sayatan untuk mengangkat usus buntu. Laparoskopi adalah instrument tubular tipis panjang yang terdiri dari kaera dan instrusmen bedah. Pada saat dilakukan appendiktomi laparoskopi, dokter akan memutuskan apakah dibutuhkan appendiktomi terbuka atau tidak (Hanifa, 2019, dalam Ratih *et al.*, 2024).

3. Etiologi

Dilakukannya tindakan appendiktomi pada penderita apendisitis dikarenakan apendik mengalami peradangan. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor pencetus penyebab apendisitis. Apendik yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukannya proses tindakan pembedahan. Penyebab lain yang dapat menimbulkan apendiks yaitu akibat adanya sumbatan lumen apendiks yang disebabkan

oleh hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris dan selain itu apendisitis juga bisa terjadi akibat adanya erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.Histolytica* (Ulya, 2017, dalam Ratih *et al*, 2024).

4. Patofisiologi

Apendiktomi terjadi akibat munculnya bakteri yang menghasilkan mukus, sehingga menyebabkan pelebaran pada lumus dan peningkatan tekanan pada dinding usus. Peningkatan tekanan yang terjadi membuat aliran limfatik tersumbat, menyebabkan edema, diapedesis bakteri, dan pulsasi mukosa. Pada saat mencapai tahap ini, apendisitis akut sudah terlokalisasi, yang dapat ditandai dengan adanya rasa nyeri disekitar pusar. Produksi lendir yang berlanjut serta peningkatan tekanan dapat mengakibatkan terhambatnya aliran darah balik, menyebabkan pembengkakan yang makin parah, dan terjadi partumbuhan bakteri, yang kemudian memicu peradangan. Proses peradangan ini terus berlanjut hingga mencapai peritoneum, dan mengakibatkan munculnya nyeri pada area abdomen kanan bawah (Nurlina, 2020).

5. Penanganan apendiktomi

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dengan istirahat. Penatalaksanaan pembedahan hanya dilakukan jika dalam perawatan terjadi abses atau tanpa peritonitis.

Penatalaksanaan apendisitis menurut Hidayat, 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 intravena
- e) Obat-obatan penurun panas diberikan setelah rehidrasi secara intravena

- f) Jika demam, harus diturunkan terlebih dahulu sebelum diberi anastesi

2. Operasi

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

3. Post operasi

- 1. observasi tanda-tanda vital
- 2. Angkat sonde lambung apabila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Lalu baringkan pasien dalam keadaan posisi semifowler
- 3. Pasien dapat dikatakan dalam keadaan baik jika dalam 12 jam pasien dipuaskan dan hasil observasi normal.
- 4. Bila dilakukan tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.
- 5. Berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml/jam. Kemudian keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya dapat diberi makanan lunak.

6. Satu hari post operasi dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit
7. Hari ke-7 jika jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang (Hidayat., 2021).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

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

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Metode penelitian deskriptif adalah metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan secara rinci tentang suatu kasus tertentu, dengan menjelaskan secara mendetail tentang temuan-temuan yang diperoleh dari penelitian (Ilhami, *et al.*, 2024). Dalam studi kasus ini, penulis menggunakan jenis studi kasus deskriptif, yaitu dengan menggambarkan penerapan terapi teknik relaksasi genggam jari dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post appendiktomi yang dilakukan di Rumah Sakit Haji Medan dilakukan selama 7 hari dengan frekuensi waktu 1 x sehari.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pasien post appendiktomi yang mengalami nyeri pasca operasi yang dirawat di RSU Haji Medan sejumlah 2 (dua) orang.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut.

Kriteria inklusi:

- a. Pasien post appendiktomi dan kondisi pasien tidak dalam pengaruh obat anti nyeri (obat analgesik telah diberikan 6 jam sebelumnya).
- b. Pasien dengan jenis kelamin yang sama yaitu perempuan, dengan rentang usia 20-40 tahun.
- c. Kondisi fisik memungkinkan untuk melakukan terapi teknik relaksasi genggam jari.

Kriteria Eksklusi:

1. Pasien dengan konflik kontraindikasi terhadap keadaan, seperti penyakit jantung, gagal ginjal atau gangguan paru yang tidak stabil, adanya cedera atau fraktur pada ekstremitas yang dapat mempengaruhi hasil terapi.

C. Fokus Studi

Fokus pada penelitian ini adalah untuk mengetahui skala nyeri pada pasien post appendiktomi sebelum dan sesudah dilakukan penerapan teknik relaksasi genggam jari. Fokus studi yang digunakan adalah 2 pasien dengan jenis kelamin yang sama yaitu perempuan dengan post appendiktomi hari pertama dalam kondisi pasien tidak dalam pengaruh obat anti nyeri.

D. Definisi Operasional Kasus

Definisi operasional kasus adalah penjelasan yang memicu setiap variable dalam suatu penelitian, dengan tujuan untuk memberikan makna yang jelas dan spesifik terhadap variabel tersebut. Pada penelitian ini ada 2 variabel yaitu penerapan teknik relaksasi genggam jari dan tingkat nyeri.

Tabel 3.1 Defenisi Operasional Kasus

No.	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Instrumen
1.	Teknik relaksasi genggam jari	Relaksasi genggam jari merupakan teknik yang dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri dengan menggunakan genggaman jari klien secara perlahan untuk menimbulkan efek relaksasi yang dilakukan sesuai SOP.	Diberikan Intervensi: Teknik relaksasi genggam jari Durasi: 15-30 menit Frekuensi: 1 kali dalam sehari, selama satu minggu.	Lembar observasi pelaksanaan teknik relaksasi genggam jari.
2.	Tingkat 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	Dilakukan pengukuran skala nyeri sebelum dan setelah diberikan teknik relaksasi genggam jari. 1. Skala Nyeri 0: tidak nyeri	<i>Numeric Rating Scale</i> (NRS): 1. Tidak ada keluhan nyeri (skor 0) 2. Skala nyeri ringan (skor 1-3) 3. Skala nyeri sedang (skor 4-6)

		jaringan akibat luka pada operasi appendiktomi.	2. Skala Nyeri 1-3: Nyeri ringan 3. Skala Nyeri 4-6: Nyeri sedang 4. Skala Nyeri 7-10: Nyeri berat	4. Skala nyeri berat (skor 7-10).
--	--	---	---	-----------------------------------

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini terdiri dari:

1. Lembar Observasi Pelaksanaan teknik relaksasi genggam jari: Lembar ini untuk mencatat frekuensi, durasi, dan kualitas teknik relaksasi genggam jari yang dilakukan. Observasi dilakukan untuk melihat tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari.
2. *Numeric Rating Scale* (NRS) alat pengukuran yang digunakan sebagai alat ukur untuk mengukur tingkat intensitas nyeri atau skala nyeri yang dirasakan pasien post appendiktomi.

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada studi kasus ini dilakukan dengan beberapa cara yaitu:

1. Observasi Langsung: mengamati respon pasien terhadap terapi teknik relaksasi genggam jari, dan menilai tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.
2. Pengukuran skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS): untuk menilai tingkat nyeri sebelum dan sesudah intervensi.
3. Catatan Medis: mendapatkan informasi klinis terkait kondisi subjek, riwayat penyakit lain, tingkat nyeri dan informasi komorbiditas yang relevan.

4. Catatan Harian (*Daily log*) oleh peneliti: mencatat perkembangan harian subjek selama periode intervensi, termasuk reaksi subjek seperti respon verbal dan ekspresi wajah, kesulitan yang dihadapi, serta tanggapan subjek terhadap teknik relaksasi genggam jari.

G. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi dan waktu penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Haji Medan dan studi kasus ini dilakukan sejak pasien pertama kali masuk rumah sakit sampai pulang atau pasien yang dirawat minimal 3 hari, sesuai dengan jadwal penelitian yaitu sekitar bulan Februari sampai April 2026.

H. Penyajian Data

Penyajian data untuk studi kasus, data disajikan secara tekstual/narasi dan dapat disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dari subjek studi kasus yang merupakan data pendukungnya.

I. Etika Studi Kasus

Etika yang harus ditaati oleh peneliti dalam melaksanakan studi kasus antar lain:

1. Persetujuan atau *Informed Consent*: Mendapatkan persetujuan tertulis dari pasien atau pihak keluarga setelah mereka diberikan informasi lengkap mengenai penelitian.
2. Kerahasiaan dan Privasi Pasien: Menjaga kerahasiaan informasi pribadi dan kesehatan pasien.
3. Menghormati Hak Pasien untuk Menolak atau Menghentikan Partisipasi: Memberikan hak kepada pasien untuk menolak atau mengakhiri partisipasi mereka dalam penelitian kapan saja, tanpa konsekuensi apapun terhadap perawatan yang sedang atau akan mereka terima.
4. Mengutamakan Keselamatan dan Kenyamanan Pasien: Memastikan bahwa intervensi terapi relaksasi genggam jari yang diberikan aman dan tidak menyebabkan ketidaknyamanan atau cedera pada pasien.
5. *Non-Maleficence* dan *Beneficence*: Menghindari tindakan yang dapat merugikan pasien (*non-maleficence*) dan memastikan bahwa studi kasus ini memberikan manfaat (*beneficence*) pada pasien untuk menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan pada post appendiktomi.

6. Transparansi tentang Risiko dan Manfaat: Memberikan informasi yang transparan mengenai potensi manfaat dan terapi teknik relaksasi genggam jari pada pasien pasca operasi appendiktomi.
7. Komunikasi dan Umpat Balik: Menyediakan komunikasi terbuka dengan pasien atau keluarga mengenai perkembangan selama penelitian, serta memberikan kesempatan untuk memberi umpat balik.