

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Apendisitis

1. Definisi Apendisitis

Apendisitis adalah suatu peradangan pada area *appendix vermiformis*, dan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Pada beberapa kasus yang ringan, dapat sembuh dengan sendirinya, namun ada juga kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut hingga diperlukan tindakan operasi, karena dapat mengakibatkan kondisi yang fatal seperti terjadinya perforasi usus (Dikson *et al.*, 2019). Menurut (Sukma, 2022) apendektomi merupakan prosedur pembedahan untuk mengangkat *appendix*.

2. Anatomi Dan Fisiologi Sistem Pencernaan

a. Anatomi sistem pencernaan

Anatomi sistem pencernaan meliputi struktur organ-organ yang menyusun sistem pencernaan meliputi mulut, tenggorokan, kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum dan anus.

1) Mulut

Mulut adalah organ pertama yang berperan untuk menerima makanan dari luar tubuh. Mulut terdiri dari lapisan luar oleh kulit sedangkan lapisan dalam ditutupi oleh mukosa atau selaput lendir. Mulut juga termasuk lapisan pertama yang berupa vestibula yang berisi gusi, gigi, pipi, dan bibir,

sedangkan lapisan kedua adalah rongga mulut, yang dibatasi oleh tulang maksilaris, mandibularis, palatum dan mandibularis disebelah dalam terhubung dengan faring.

2) Tenggorokan (faring)

Struktur faring yang melengkung dapat ditemukan tonsil (amandel) berupa kelenjar limfe yang kaya akan kelenjar limfosit. Pada bagian ini merupakan persimpangan antara saluran pernapasan dan saluran pencernaan. Terletak di belakang rongga mulut dengan rongga hidung dan di depan tulang belakang.

3) Kerongkongan

Kerongkongan terhubung ke tulang belakang ke 6 dimana bertemu dengan faring. Bagian kerongkongan berupa tabung (*tube*) dengan otot untuk gerak peristaltik. Hal tersebut membantu makanan agar terdorong ke dalam lambung.

4) Lambung

Lambung adalah rongga seperti kantong berbentuk huruf J yang terletak di antara kerongkongan dan usus kecil. Mekanisme kerja pencernaan mekanik di lambung diawali dengan masuknya makanan dari kerongkongan ke dalam lambung melalui otot berbentuk cincin (*sfinter*) yang dapat membuka dan menutup. Fungsi lain dari *sfinter* adalah

mencegah kembalinya zat yang masuk ke lambung untuk kembali ke kerongkongan melalui aktivitas lambung dengan berkontraksi secara ritmik bertujuan untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim.

5) Usus Halus

Usus halus juga dikenal sebagai usus kecil merupakan penghubung antara lambung dan usus besar. Bentuk usus halus menyerupai tabung polos. Usus halus memiliki panjang 2-8 meter. Usus halus terdiri atas 3 bagian diantaranya, usus 12 jari (*Duodenum*), usus kosong (*jejunum*), usus penyerapan (*ileum*).

6) Usus Besar (*colon*)

Usus besar (*colon*) merupakan bagian yang terletak antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama yaitu untuk menyerap air dan feses.

7) Umbai Cacing (*Appendix*)

appendix artinya ujung buntu tabung yang menyambung dengan caecum. Panjang Rata-rata berkisar sekitar 10 cm, ada pula 2-20 cm. Apendisititis yang parah dapat menyebabkan appendix pecah dan membentuk nana didalam rongga abdomen atau peritonitis (infeksi rongga abdomen).

8) Rektum

Rektum, berdasarkan bahasa latin “*Regere*” yang berarti meluruskan atau mengatur, khususnya bagian antara usus besar dan anus. Fungsi rektum adalah untuk menyimpan sementara sisa pencernaan dalam bentuk feses.

9) Anus

Organ terakhir dalam sistem pencernaan adalah anus. Anus terletak didasar pelvis dengan dinding diperkuat oleh tiga sfingter yaitu, *sfingter internus* (bagian atas) bekerja tidak menuruti kehendak, *sfingter levator ani* bekerja juga tanpa kehendak, dan *sfingter ani eksternus* (bagian bawah) yang bekerja sesuai kehendak.

b. Fisiologi Sistem Pencernaan

Organ-organ sistem pencernaan bersambungan satu sama lain tetapi dianggap sebagai entitas terpisah karena modifikasi regional yang memungkinkan organ-organ tersebut melakukan aktivitas fungsi pencernaan secara spesifik. Fungsi utama sistem pencernaan adalah mengangkut nutrisi, air, dan elektrolit dari makanan yang telah dikonsumsi dan masuk ke dalam tubuh (Ginting *et al.*, 2022).

3. Etiologi Apendisitis

Menurut (Impriyanti, 2021) penyebab terjadinya apendisitis disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

- a. Tumor
- b. Berbagai macam penyakit cacing
- c. Pemberian barium
- d. Struktur karena fibrosa pada dinding usus
- e. Obstruksi pada kolon oleh fekalit (feses yang keras)

Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis adalah ulserasi mukosa *appendix* oleh parasit *entamoeba histolytica* (Sukma, 2022).

4. Manifestasi Klinis Apendisitis

Menurut (Impriyanti, 2021) Gejala-gejala apendisitis biasanya yang paling umum adalah nyeri pada perut. Apendisitis memiliki gejala yang terdiri dari:

- a. Nyeri

Penderita apendisitis biasanya akan mengeluh nyeri di perut kanan bawah. Gejala pertama yang dirasakan pasien adalah nyeri tumpul, nyeri di daerah epigastrium atau periumbilikal yang samar-samar, namun lama kelamaan nyeri terasa semakin tajam dan terletak di abdomen kanan bawah. Rasa sakit semakin parah ketika bergerak, batuk atau bersin.

b. Mual dan Muntah

Mual dan muntah sering terjadi beberapa jam setelah muncul nyeri.

c. Demam

Demam dengan derajat ringan ($37,6^{\circ}\text{C} - 38,5^{\circ}\text{C}$) juga sering terjadi pada apendisitis.

d. Sembelit atau Diare

Diare dapat terjadi akibat infeksi sekunder dan iritasi pada ileum terminal atau sekum.

5. Patofisiologi Apendisitis

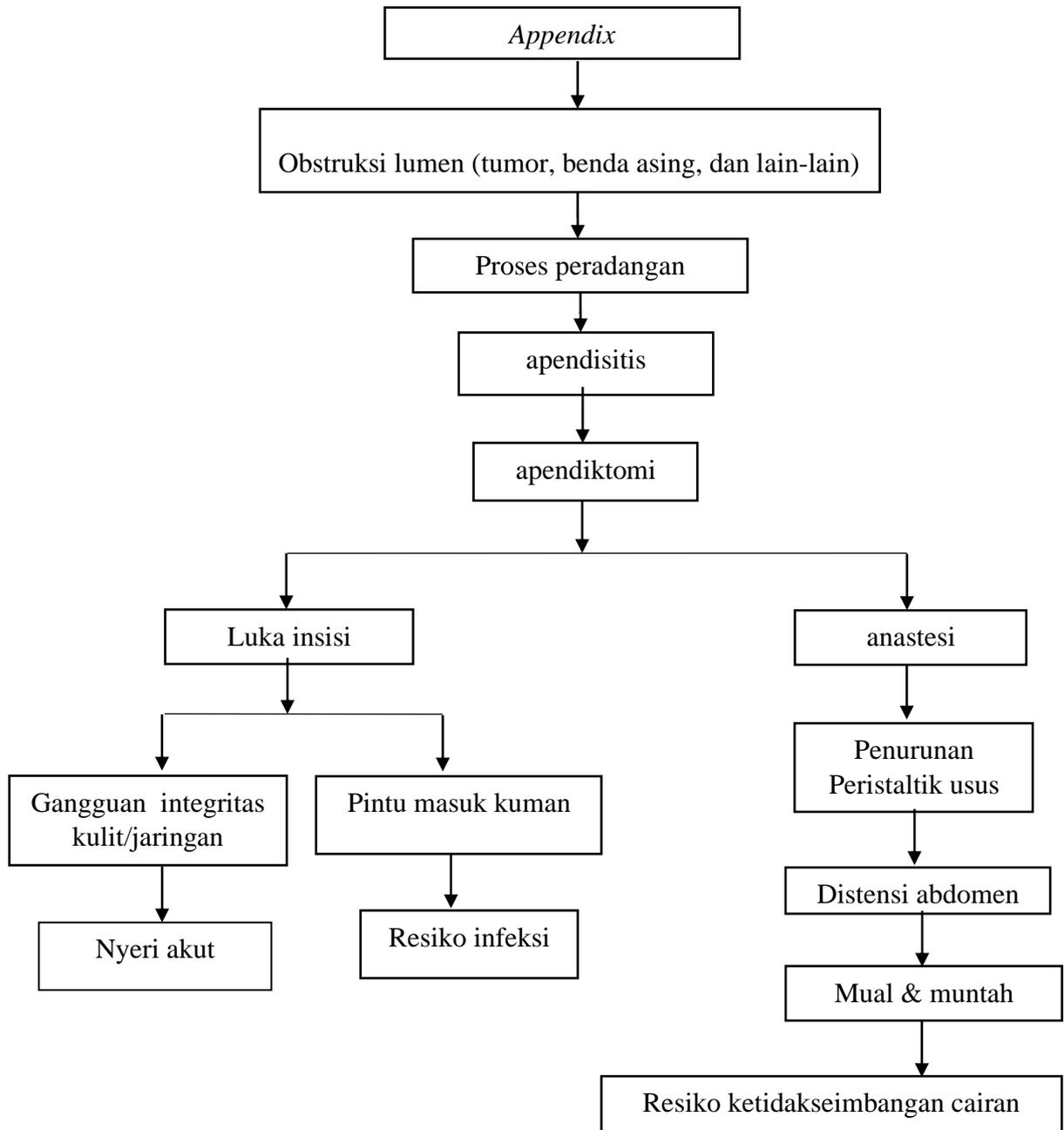
Patofisiologi apendisitis diawali dengan inflamasi dan edema akibat terlipat atau sumbatan, kemungkinan disebabkan oleh fekalit (massa keras dari feses), tumor, atau benda asing. Proses inflamasi ini menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal, menyebabkan nyeri perut dan nyeri tekan yang parah dan bertahap selama beberapa jam terlokalisasi di kuadran kanan bawah perut. Hal ini menyebabkan *appendix* yang meradang terisi nanah (Setiya, 2021).

Menurut (Mardalena, 2018) tanda patogenetik primer diduga karena obstruksi lumen dan ulserasi mukosa menjadi langkah awal terjadinya apendisitis. Obstruksi lumen *appendix* disebabkan oleh sumbatan pada lapisan *appendix* yang terus menerus meregang akibat perkembangbiakan bakteri yang cepat. Penyumbatan juga menyebabkan penyumbatan lendir yang dikeluarkan oleh selaput

lendir. Seiring berjalannya waktu, mukus menjadi semakin banyak, namun elastisitas dinding *appendiks* terbatas sehingga meningkatkan tekanan intralumen. Peningkatan tekanan ini akan menyebabkan *appendiks* mengalami hipoksia, hambatan aliran limfe, ulserasi mukosa, dan invasi bakteri. Infeksi memperparahkan pembengkakan *appendiks* (edema) dan trombosis pada pembuluh darah intramural (dinding *appendix*) menyebabkan iskemik. Pada tahap ini dapat terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai dengan nyeri epigastrium. Jika sekresi mukus berlanjut, tekanan akan terus meningkat dan menyebabkan obstruksi vena, edema meningkat, serta bakteri akan menembus dinding. Bila kemudian arteri terganggu akan terjadi infark dinding *appendix* yang diikuti dengan gangren.

6. Pathway Apendisitis

Bagan 2.1
Pathway Apendisitis



Sumber: (Nuraeni, 2022)

7. Pemeriksaan Penunjang Apendisitis

Menurut (Sukma, 2022) pemeriksaan penunjang apendisitis meliputi:

a. Pemeriksaan fisik

- 1) Infeksi: akan tampak adanya tanda pembengkakan (*swelling*), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- 2) Palpasi: dibagian perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan saat takanan dilapaskan, juga akan terasa nyeri (*Blumbeng Sign*) yang merupakan kunci dari diagnosis apendisitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai dan paha kanan ditekek kuat/ tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri akan semakin parah (*Psoas Sign*).

b. Pemeriksaan Laboratorium

Menurut (Tanjung, 2020) pemeriksaan laboratorium pada apendisitis yaitu:

- 1) SDP: leukositosis diatas 12.000/mm³, Neutrofil meningkat sampai 75%.
- 2) Urinalisis: normal, tetapi eritrosit/ leukosit mungkin ada.
- 3) Foto abdomen: dapat menyatakan adanya pergeseran, material *appendiks* (fekalit), ileus terlokalisir kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga 10.000-18.000/mm³. Jika peningkatan

lebih dari itu. Maka kemungkinan *appendiks* sudah mengalami perforasi (pecah).

c. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit
- 2) Ultrasonografi (USG)
- 3) CT Scan
- 4) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram

8. Penatalaksanaan Medis Apendisitis

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) penatalaksanaan pada apendisitis adalah:

a. Sebelum Operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbul keluhan, tanda dan gejala dari apendisitis masih belum jelas, dalam keadaan ini observasi adalah salah satu yang perlu dilakukan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbul keluhan.

2) Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien dengan

apendiktomi. Antibiotik di berikan sebelum saat dan hingga 24 jam pasca operasi dan diberikan melalui intravena.

b. Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendiktomi. Apendiktomi merupakan suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang *appendix*.

c. Pasca Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam. Syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Klien dibaringkan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak ada gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal.

9. **Komplikasi Apendisitis**

Menurut (Tanjung, 2020) komplikasi dari apendisitis yaitu:

- a. Komplikasi utama adalah perforasi *appendix* yang dapat menyebabkan peritonitis pembentukan abses, atau flebitis portal.
- b. Perforasi biasanya terjadi setelah 24 jam setelah awal nyeri. Gejala yang muncul seperti: demam $37,7^{\circ}\text{C}$, nyeri tekan atau tekan atau nyeri abdomen.

Adapun komplikasi yang dapat terjadi apabila terjadi keterlambatan dalam penanganan yaitu:

a. Abses

Abses merupakan peradangan *appendix* yang berisi nanah. Akan teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis.

b. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya *appendix* yang berisi nanah sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi akan meningkat sesudah 24 jam.

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Apendisitis

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Tanjung, 2020) Pengkajian fokus pada pasien post operasi apendisitis antara lain:

a. Identitas Pasien

Nama, umur, jenis kelamin, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, pekerjaan, umur, agama.

b. Keluhan Utama

Berisi keluhan utama pasien saat dikaji, pasien post operasi apendisitis biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi.

c. Riwayat Penyakit

1) Riwayat Penyakit Sekarang

riwayat penyakit sekarang ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRST (*Provokatif* yaitu pemicu terjadinya nyeri dikarenakan apa, *Quality* yaitu nyeri yang dirasakan klien berbeda-beda, *Region* daerah nyeri yang dirakan oleh klien, *Severitys Cale* yaitu nyeri mempunyai skala yang berbeda-beda, sesuai dengan skala yang ditunjukkan klien (skala 0-10) dan *Time* nyeri adalah waktunya sendiri. Pasien yang telah menjalani operasi apendisitis biasanya mengeluh rasa sakit ditempat operasi, yang meningkat dengan gerakan atau tekan dan biasanya berkurang dengan pengobatan dan istirahat.

2) Riwayat Penyakit Sebelumnya

Pengalaman sebelumnya penyakit sebelumnya, apakah itu mempengaruhi penyakit apendisitis yang diderita saat ini dan apakah pernah menjalani operasi sebelumnya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lain yang menderita penyakit yang sama seperti pasien, dan dikaji

mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam anggota keluarganya.

4) Riwayat Psikologis

Pada umumnya pasien dengan post operasi apendisitis tidak mengalami kelainan dalam fungsi psikologis. Namun, tetap perlu dilakukan terkait dengan lima konsep diri klien (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri, dan harga diri).

5) Riwayat Sosial

pasien dengan post operasi apendisitis tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosialnya dengan orang lain, tetapi tetap harus dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah menjalani pembedahan.

6) Riwayat Spiritual

Pada umumnya pasien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas maupun beribadah. Perlu dikaji terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

d. Kebiasaan Sehari-hari

Setelah pasien menjalani operasi apendisitis sering mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri dan kelemahan. pasien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri (mandi, gosok gigi, perawatan kembali dalam rentang

normalnya). Ada kemungkinan mengalami mual, muntah, dan konstipasi pada periode awal pasca operasi karena pengaruh anastesi. Pada pola istirahat bisa terganggu ataupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dialami.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi:

1) Keadaan Umum

Pasien post operasi apendisitis mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung pada periode akut rasa nyeri. Tanda-tanda vital biasanya stabil kecuali yang mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi *appendix*.

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Inspeksi: akan tampak adanya tanda pembengkakan, rongga perut dimana dinding perut nampak mengencang
- b) Palpasi: dibagian abdomen kanan bawah akan terasa nyeri yang mana merupakan kunci dari apendisitis

- c) Dengan tindakan tungkai dan paha kanan diteuk kuat/ tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri akan semakin parah
- d) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin parah apabila pemeriksaan dubur dan vagina terasa nyeri
- e) Suhu dubur atau rektal yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu

f. Sistem Pernapasan

pasien post operasi apendisitis akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi napas (*takipnea*) seta pernapasan dangkal, tergantung seberapa besar toleransi klien.

g. Sistem Kardiovaskuler

Umumnya pasien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia), hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisian kapiler biasanya normal, kaji pula keadaan konjungtiva, serta adanya sianosis atau auskultasi bunyi jantung.

h. Sistem Pencernaan

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Pasien post operasi apendisitis biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awal post operasi dan penurunan bising usus. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi.

i. Sistem Perkemihan

Pada awal post operasi, pasien akan mengalami penurunan output urin yang terjadi karena pembatasan intake oral selama periode awal post operasi apendisitis. Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

j. Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, pasien akan mengalami kelemahan akibat tirah baring setelah post operasi dan kekakuan. Kekakuan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

k. Sistem Integumen

Tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah karena insisi bedah disertai kemerahan (biasanya pada awal). Turgor kulit akan membaik saat dilakukan perawatan luka dan mobilisasi sering dan terpantau.

l. Sistem Persarafan

Penilaian fungsi persarafan meliputi: tingkat kesadaran, saraf kranial dan refleks untuk menganalisis jika ada kekuatan otot karena gerakan dini dan progresif tidak dilakukan dengan benar.

m. Sistem Pendengaran

Penilaian fungsi pendengaran meliputi: bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pengkajian yang melibatkan respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang mereka alami, baik aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk menentukan respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien post operasi apendisitis menurut (PPNI, 2017) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2.1

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Tingkat nyeri dari meningkat menjadi menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri dari meningkat (1) menjadi cukup menurun (4).	Terapi Relaksasi Observasi: a. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan. b. Monitor respons terhadap terapi relaksasi. Terapeutik: a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan. b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan

			<p>prosedur teknik relaksasi.</p> <p>c. Gunakan relaksasi genggam jari sebagai strategi penunjang dengan analgentik atau tindakan medis lain, jika sesuai.</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Anjurkan mengambil posisi nyaman.</p> <p>b. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.</p> <p>c. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.</p>
--	--	--	--

Sumber:(PPNI, 2017),(PPNI, 2019),(PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat dan tenaga medis lainnya untuk membantu pasien dalam penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang sebelumnya dihadapi pasien, yang disusun dalam rencana asuhan keperawatan (Tanjung, 2020).

Adapun pengelolaan intensitas nyeri klien dengan post operasi apendisitis yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Pengelolaan intensitas nyeri dengan nonfarmakologi antara lain

adalah relaksasi genggam jari, teknik relaksasi genggam jari ini dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Sukma, 2022), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu sebagai berikut:

a. Evaluasi Formatif (proses) :

Evaluasi formatif atau proses berfokus pada kegiatan proses tindakan keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan SOAP:

- 1) S (subjektif): data subjektif dari hasil keluhan pasien.
- 2) O (objektif): data objektif dari hasil observasi yang dilakukan perawat.
- 3) A (analisis): masalah dan diagnosis keperawatan pasien yang dikaji dari data subjektif dan objektif.
- 4) P (perencanaan): perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang nanti dengan tujuan untuk memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

b. Evaluasi Sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif atau hasil merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua kegiatan proses keperawatan selesai. Evaluasi sumatif ini bertujuan untuk menilai dan memonitori kualitas asuhan keperawatan yang diberikan.

Evaluasi terhadap masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan untuk menanggapi rangsangan nyeri, antara lain hilangnya sensasi nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respons fisiologis baik dan pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa ada keluhan nyeri (Aprizal, 2018).

C. Konsep Terapi Relaksasi Genggam Jari

1. Definisi Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari adalah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapa saja dengan melibatkan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh manusia. Teknik ini merupakan suatu seni menggunakan pernapasan dan sentuhan tangan yang sederhana untuk menyeimbangkan energi tubuh (Nanda *et al.*, 2022).

2. Tujuan Relaksasi Genggam Jari

Menurut (Nanda *et al.*, 2022) relaksasi genggam jari dapat memberikan tujuan:

- 1) Dapat mengurangi rasa nyeri dan mengontrol diri ketika terjadi perasaan yang tidak nyaman.
- 2) Dapat memperlancar aliran darah
- 3) Dapat mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
- 4) Dapat menenangkan pikiran dan mengontrol emosi

3. Indikasi

- 1) Semua klien yang mengalami nyeri dapat diterapkan teknik relaksasi genggam jari.

4. Hubungan Terapi Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri

Menggenggam jari saat bernapas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena menggenggam jari akan menghangatkan titik-titik masuk dan keluar energi pada tubuh. Meridian (saluran energi) terletak di jari manusia. Titik-titik refleks pada tangan akan menghasilkan rangsangan refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan sejenis gelombang kejut atau listrik ke otak. Gelombang ini dengan cepat diterima dan diproses oleh otak, kemudian diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar.

Teknik relaksasi membuat klien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri. Stres fisik dan emosi pada nyeri. Relaksasi juga dapat menurunkan kadar hormon stres kortisol,

mengurangi sumber-sumber depresi dan kecemasan, sehingga nyeri dapat dikendalikan dan fungsi tubuh menjadi lebih baik (Nanda *et al.*, 2022).

5. Mekanisme Relaksasi Genggam Jari

Tangan adalah alat yang sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawah tubuh menjadi seimbang. Menggenggam jari sambil menarik napas dapat mengurangi bahkan menyembuhkan ketegangan fisik atau emosi, teknik relaksasi genggam jari akan dapat menghangatkan titi-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalan energi dalam tubuh) yang berada pada jari-jari tangan, sehingga nanti mampu memberikan sebuah efek rangsangan dengan spontan pada saat dilakukan genggam jari, kemudian rangsangan tersebut akan mengalir menuju ke otak, dan dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh, sehingga diharapkan sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Nanda *et al.*, 2022).

Relaksasi genggam jari ini dapat diberikan setelah pasca operasi. Relaksasi ini dapat dilakukan selama ± 30 (3 menit perjarinya) ,pemberian terapi diberikan 1 jam sebelum mendapatkan terapi obat injeksi *ketorolac* 30 mg. Teknik relaksasi genggam jari dilakukan 3 kali dalam sehari dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut (Wati & Ernawati, 2020).

6. Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi Genggam Jari

a. Tahap Pra Interaksi

- 1) Membaca status pasien
- 2) Mempersiapkan alat dan bahan
- 3) Mencuci tangan
- 4) Memakai handscoon, jika perlu

b. Tahap Orientasi

- 1) Memberi salam dan senyum kepada pasien (BHSP)
- 2) Melakukan evaluasi atau validasi terhadap kondisi pasien
- 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan pada pasien
- 4) Melakukan kontrak waktu, dan tempat dengan pasien
- 5) mengatur posisi pasien sesuai indikasi

c. Tahap Kerja

- 1) Posisikan pasien dengan berbaring lurus di tempat tidur, minta pasien untuk mengatur napas dan merilekskan semua otot.
- 2) Perawat duduk disamping pasien.
- 3) Genggam tiap jari dari ibu jari selama 3 menit dengan bernapas secara teratur, untuk kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama.

- 4) Tindakan relaksasi genggam jari dilakukan dalam 3 kali sehari dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

d. Tahap Terminasi

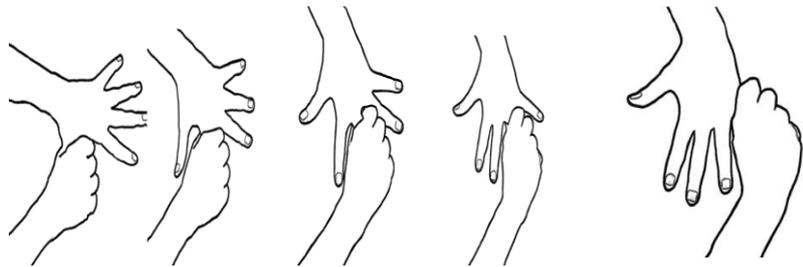
- 1) Evaluasi hasil kegiatan
- 2) Lakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya
- 3) Mencuci tangan

e. Dokumentasi

- 1) Catat waktu pelaksanaan tindakan
- 2) Catat respon pasien terhadap teknik relaksasi genggam jari

Gambar 2.1

Teknik Relaksasi Genggam Jari



D. Kerangka Pikir

Pada kerangka pikir ini, faktor yang akan diteliti adalah penerapan terapi relaksasi genggam jari terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi apendisitis, yang mengacu kepada standar asuhan keperawatan (Pengkajian, penegakkan diagnosa, tujuan/luaran, intervensi yang akan diberikan/ diterapkan, dan evaluasi) berdasarkan SDKI,SKLI,SIKI.

Bagan 2.2

Kerangka pikir

