

## **BAB II**

### **KONSEP TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Post Operasi Appendiktomi**

##### **1. Definisi**

Appendisitis merupakan peradangan pada usus buntu karena adanya penyumbatan pada lapisan saluran appendiks. Para penelitian mengatakan bahwa peradangan pada usus buntu bersifat hilang timbul atau Episodik (Wijaya et al., 2022).

Kasno & Susilawati, (2020) menyampaikan bahwa apendiktomi ialah tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks yang sudah meradang dan merupakan penatalaksanaan yang dilakukan untuk penyakit apendisitis.

Menurut Rahayu, (2021) apendiktomi merupakan operasi yang hanya dilakukan pada pasien penderita radang usus buntu atau pengambilan maupun penyingkiran usus buntu yang sudah mengalami infeksi.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa apendiktomi merupakan suatu prosedur tindakan pembedahan dengan tujuan mengangkat apendiks yang sudah terinfeksi atau mengalami peradangan.

## Anatomi Fisiologi

Secara anatomi usus buntu atau apendiks ialah organ berbentuk tabung dengan diameter kira-kira kurang lebih 3-15 cm dan berpangkal di sekum yang terletak pada abdomen kanan bawah. Dinding apendik berisi jaringan limfatik yang termasuk dalam sistem kekebalan tubuh guna membuat antibodi. Ukuran apendiks pada orang dewasa berkisar 10 cm akan tetapi ada juga yang berukuran 2 sampai 20 cm. Umumnya posisi apendiks normal berada di dinding abdomen bawah titik Mc.Burney (Sari, Winda Amalia 2020).

Secara fisiologi usus buntu menghasilkan lendir 1-2 ml/hari yang secara normal dicurahkan ke dalam lumen dan kemudian akan mengalir ke sekum. Sekatan aliran lendir di muara usus halus berperan dalam patogenesis apendisitis. *Gut associated lymphoid tissue* atau GALT yang terdapat di sepanjang saluran pencernaan, termasuk usus buntu menghasilkan imunoglobulin sekretoar atau IgA yang sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun karena jumlah jaringan limfe pada usus buntu sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna menyebabkan pengangkatan usus buntu tidak mempengaruhi sistem imun tubuh (Sari, Winda Amalia 2020)

## 2. Klasifikasi

Menurut Kasno & Susilawati, (2020) apendiktomi dibagi menjadi dua :

a. Apendiktomi Laparatomi :

Apendiktomi laparatomi ialah cara pembedahan secara terbuka yang dilakukan dengan membuat sayatan pada bagian perut sebelah kanan bawah dengan prosedur lokasi apendiks ditarik kebagian yang terbuka kemudian memisahkan apendiks dari semua jaringan yang ada di dekatnya dan diletakkan pada sekum kemudian menghilangkannya. Jaringan tempat apendiks yang menempel sebelumnya (sekum) kemudian di tutup dan dimasukkan kembali ke dalam perut lalu lapisan otot dan kulit dijahit.

b. Apendiktomi Laparoskopi :

Apendiktoim laparoskopi merupakan tindakan dengan membuat tiga sayatan lubang sebagai jalan pembedahan. Lubang pertama dibuat di bawah pusar gunanya untuk memasukkan kamera super mini yang sudah terhubung dengan layar monitor ke dalam tubuh, lewat lubang tersebut sumber cahaya dimasukkan, untuk dua lubang lainnya digunakan untuk akses peralatan bedah seperti penjepit atau gunting. Kemudian alat-alat tersebut dimasukkan melalui lubang tersebut. Dengan mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi, apendiks dipisahkan dari semua jaringan

yang melekat dan dipisahkan dari sekum. Apendiks dikeluarkan melalui salah satu lubang tersebut.

### **3. Etiologi**

Menurut Sari, Winda Amalia (2020) Penyebab utama dilakukannya apendiktomi karena adanya penyumbatan atau obstruksi di rongga usus buntu oleh feses, pembesaran kelenjar sekitar apendiks, benda asing seperti biji yang dapat menyebabkan infeksi, maka terjadilah inflamasi dan infeksi pada apendiks.

Menurut Ariana, Riska (2021) apendisitis juga dapat disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut :

- a. Penumpukan feses yang mengeras
- b. Terdapat benda asing sehingga menyebabkan infeksi
- c. Cacing usus atau parasit
- d. Cedera traumatis dapat disebabkan karena kecelakaan.
- e. Tumor seperti kanker yang berkembang di lambung atau usus besar dapat menyebar ke usus buntu

Post operasi apendiktomi menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan yang dapat mengakibatkan nyeri, hal ini dapat menstimulus jaringan dari kerusakan ujung-ujung saraf untuk melepaskan zat-zat kimia yang merupakan penyebab munculnya nyeri post operasi apendiktomi (Nuraeni, Sri 2021).

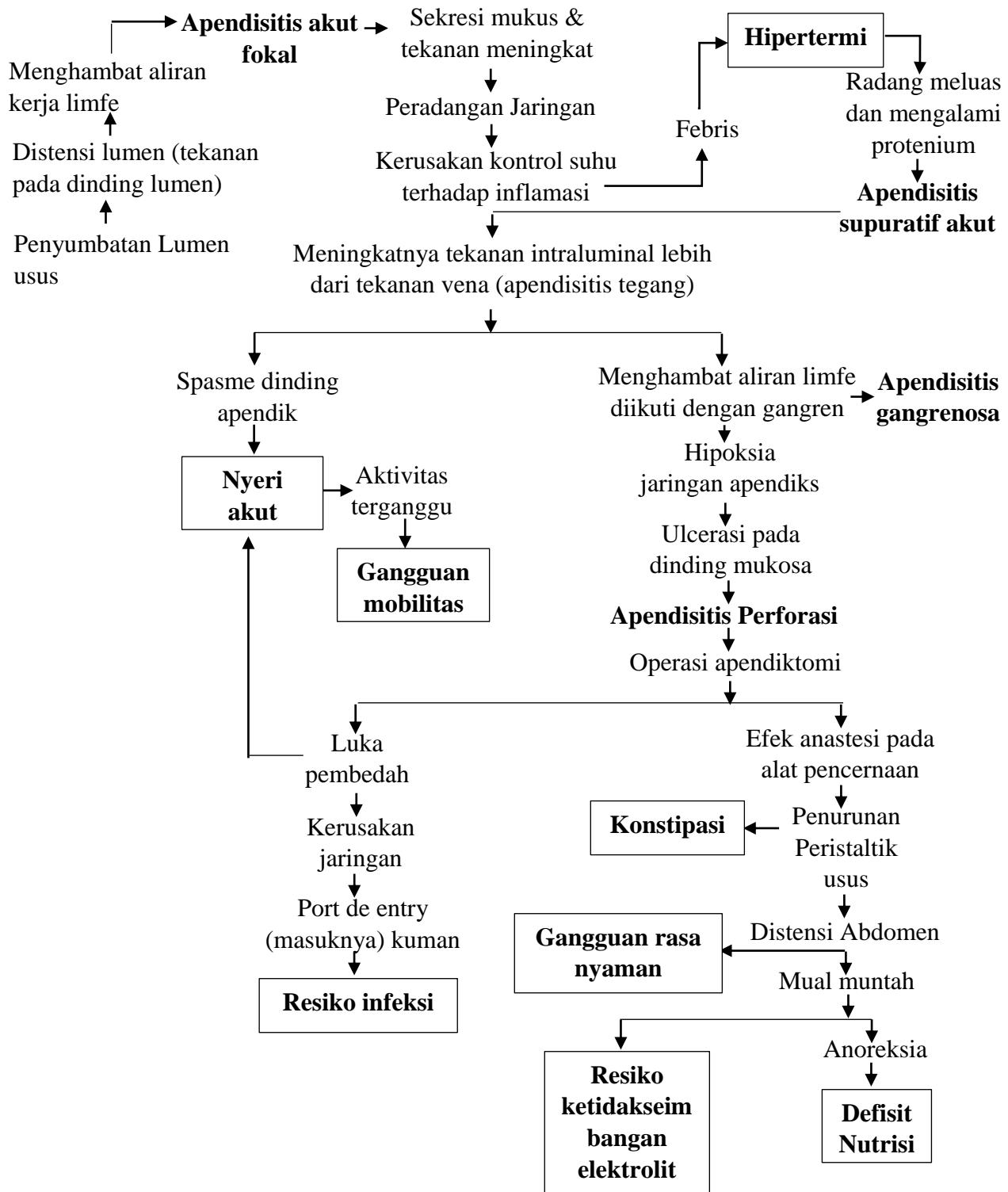
#### 4. Patofisiologi

Terjadinya apendisitis karena adanya penyumbatan lumen usus buntu yang diakibatkan oleh apendikolit atau feses keras yang terdapat di saluran usus buntu, benda asing, parasit, hiperplasia limfoid, ataupun akibat dari peradangan sebelumnya. Penyumbatan yang terjadi di lumen mendukung berkembangnya bakteri dan sekresi mukus sehingga menyebabkan distensi lumen dan terjadi tekanan pada dinding lumen. Tekanan semakin lama akan meningkat dan menghambat aliran kerja limfe sehingga menimbulkan edema, diapedesis bakteri dan ulserasi mukosa, terjadilah apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri periumbilikal. Berlanjutnya sekresi mukus dan tekanan yang meningkat menyebabkan obstruksi vena, peningkatan edema, dan perkembangbiakan bakteri yang menimbulkan radang, peradangan pada jaringan menyebabkan kontrol suhu terhadap inflamasi mengalami kerusakan sehingga memungkinkan mengalami demam jika tidak segera ditangani radang akan meluas dan mengenai pritoneum sehingga timbul nyeri daerah kanan bawah, keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut. Kemudian jika aliran arteri terganggu, infark akan terjadi di dinding apendiks yang diikuti dengan gangren sehingga disebut dengan apendisitis gangrenosa (Hanifah & Muafiah, 2020).

Apabila dinding telah pecah akan menyebabkan apendisitis perforasi yang harus segera ditangani dengan tindakan pembedahan

ependiktomi. Dengan adanya pembedahan maka akan menimbulkan perlukaan pada abdomen sehingga menimbulkan rasa nyeri, selain itu tindakan post operasi memungkinkan terkena infeksi jika terdapat kuman/bakteri yang masuk, selain itu efek anastesi juga menyebabkan kinerja peristaltik pada usus menurun sehingga dapat menyebabkan konstipasi, ditandai dengan distensi abdomen yang menyebabkan rasa tidak nyaman, merasakan mual muntah, anoreksia yang bisa mengakibatkan tubuh mengalami defisit nutrisi (Ariani Alhinduan, 2020; Hanifah & Muafiah, 2020).

## 5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

(Ariani Alhinduan, 2020; Hanifah & Muafiah, 2020)

## 6. Manifestasi Klinik

Ada beberapa manifestasi klinis yang muncul pada post operasi apendiktomi menurut Triyani, Ida (2020) yaitu :

- a. Nyeri pada luka post operasi
- b. Mual dan muntah
- c. Nafsu makan berkurang
- d. Perubahan tanda-tanda vital
- e. Demam tidak terlalu tinggi
- f. Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri.
- g. Resiko terjadinya infeksi karena luka post operasi
- h. Konstipasi

## 7. Komplikasi

Adapun komplikasi post operasi apendiktomi menurut Nuraeni, Sri (2021) yaitu sebagai berikut :

- a. Infeksi pada luka operasi jika keluar cairan berwarna kuning atau nanah dapat mengakibatkan kulit di sekitar luka menjadi kemerahan (rubor), hangat dan bengkak sehingga terasa semakin nyeri dan perubahan fungsi dari jaringan yang mengalami infeksi.
- b. Terdapat nanah (abses) di dalam rongga perut dengan gejala demam dan nyeri perut.

- c. Perlengketan usus yang menimbulkan gejala rasa tidak nyaman di perut, sulit buang air besar pada tahap selanjutnya dan terasa sangat nyeri.

## **8. Pemeriksaan Penunjang**

- a. Pemeriksaan laboratorium

Menurut Yulistiana, Seysha Monita (2020) pemeriksaan laboratorium adalah sebagai berikut:

- 1) Leukosit yang terjadi kenaikan hingga sekitar 10.000-18.000/mm<sup>3</sup> jika lebih dari itu maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).
- 2) Pemeriksaan urinalis guna mengetahui apakah ada infeksi saluran kemih yang dapat memiliki gejala serupa.

- b. Pemeriksaan Radiologi

- 1) USG

Supaya mengetahui adanya apendisisis dan komplikasi yang ditimbulkannya seperti infiltrat dan abses di sekitar apendiks (Yulistiana, Seysha Monita 2020).

- 2) CT-Scan

Perlu dilakukan untuk mengetahui apakah apendiks mengalami inflamasi atau tidak. Jika apendiks dilatasi atau membesar lebih dari 5-7 mm pada diameternya maka diagnosis apendisisis dengan CT-Scan ditegakkan (Yulistiana, Seysha Monita 2020).

c. Penilaian dengan skor Alvarado (bisa diterapkan pada dewasa maupun anak-anak) yang diperiksa pada skor Alvarado yaitu :

1) Tanda

- a) Nyeri yang berpindah : skor 1
- b) Nafsu makan menurun : skor 1
- c) Mual dan muntah : skor 1

2) Gejala

- a) Dinding perut kanan bawah tegang : skor 2
- b) Nyeru lepas tekan perut kanan bawah : skor 1
- c) Peningkatan suhu  $>37,5^{\circ}\text{C}$  : skor 1

3) Pemeriksaan laboratorium

- a) Peningkatan angka leukosit  $>10.000\mu\text{L}$  : skor 2
- b) Segmen  $>75\%$  : skor 1

Jika total skor  $>7$  berarti apendisitis akut, bila kurang apendisitis kronis. Pada anak dan remaja dapat menggunakan *Pediatric Apendisitis Skor (PAS)* dengan menambah kriteria nyeri dikanan bawah pada saat batuk (skor 2). Jika total skor  $>8$  berarti apendisitis akut, jika kurang berarti apendisitis kronis (Sari, Winda Amalia 2020; Yulistiana, Seysha Monita 2020) .

## 9. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis post operasi apendiktomi (Triyani, Ida 2020)
  - 1) Setelah operasi dan efek anastesi habis berikan terapi agen analgetik untuk mengurangi nyeri post operasi apendiktomi.
- b. Penatalaksanaan keperawatan post operasi apendiktomi (Ariani Alhinduan, 2020)
  - 1) Observasi TTV
  - 2) Bila pasien telah sadar, angkat sonde lambung sehingga apsirasi cairan lambung dapat dicegah
  - 3) Post operasi apendiktomi hari pertama memposisikan pasien semi fowler
  - 4) Bila dalam 12 jam tidak menunjukkan gangguan pasien sudah bisa dikatakan baik.
  - 5) Jika tindakan operasi yang telah dilakukan lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.
  - 6) Satu hari post operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2 Kali 30 menit.
  - 7) Berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml/jam apabila pasien mentoleransinya, keesokan harinya dapat diberikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak.

- 8) Pada hari kedua post operasi apendiktomi pasien dapat berdiri tegak dan duduk di dalam maupun di luar ruangan.
- 9) Pantau secara ketat adanya tanda-tanda obstruksi usus halus jika terpasang drain di area insisi.
- 10) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri salah satunya adalah pemberian relaksasi genggam jari pada pasien post operasi apendiktomi.

## B. Konsep Relaksasi Genggam Jari (*Finger Hold*)

### 1. Definisi

Teknik relaksasi genggam jari ialah tindakan non farmakologis dalam manajemen nyeri sehingga dapat dilakukan secara mandiri, kapanpun dan dimanapun. Dengan kombinasi relaksasi nafas dalam dan genggam jari menggunakan waktu yang relatif singkat, karena genggaman jari dirasa akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi yang terdapat pada jari tangan seseorang (Nurlestari et al., 2022).

### 2. Tujuan

Adapun tujuan dari teknik relaksasi genggam jari menurut Nurlestari et al., (2022)

- a. Menggenggam jari dan menarik nafas dalam-dalam dapat membantu merelaksasikan ketegangan fisik dan emosi dalam tubuh yang dapat mengurangi nyeri.
- b. Mengurangi takut, cemas, perasaan panik, dan khawatir

- c. Dapat memberikan rangsangan yang nyaman pada tubuh sehingga pikiran dan emosi dapat terkontrol.

### **3. Prinsip Kerja**

Prinsip kerja relaksasi genggam jari (*finger hold*) adalah dengan menggenggam jari secara bergantian mulai dari ibu jari hingga jari kelingking sembari menarik nafas dalam (relaksasi), jika dirasa sudah lebih rileks pasien dianjurkan untuk mengatakan kalimat motivasi kepada diri sendiri dan tindakan relaksasi genggam jari ini dilakukan selama 3-5 menit (Ahmad & Kardi, 2020; Hayat et al., 2020; Sulistiawan et al., 2022).

Relaksasi genggam jari dapat dilakukan ketika nyeri hebat mulai timbul dan dapat diterapkan secara mandiri ataupun bersama dengan orang terdekat klien (keluarga/teman) guna mengurangi ketegangan fisik, pikiran, dan emosi sehingga diharapkan mampu mengontrol rasa nyeri post operasi appendiktomi.

### **4. Indikasi**

Indikasi terapi relaksasi genggam jari yang telah dibuktikan dalam jurnal peneliti menurut (Larasati et al., 2022) efektif dilakukan pada pasien dengan :

- a. Post operasi fraktur dibuktikan dengan intensitas nyeri yang berkurang
- b. Post sectio caesarea yang menunjukkan pengaruh terhadap penurunan nyeri

- c. Post operasi appendiktomi dalam manajemen nyeri.

## **5. Kontraindikasi**

Kontraindikasi pada pasien relaksasi genggam jari adalah :

- a. Pasien yang masih kecil atau umur yang masih dibawah remaja umumnya tidak bisa kooperatif dengan prosedur ini, sehingga membutuhkan bantuan dari keluarga terdekat, namun efektifitas pemikiran pasien secara penerapan mungkin dirasa kurang memahami.
- b. Pada klien yang sudah tertalu tua akan sulit untuk diajak komunikasi karena mulai berkurangnya daya pendengaran dan pemikiran klien.
- c. Pada klien yang tidak memiliki jari-jari tangan lengkap kemungkinan akan sedikit merasa canggung untuk melakukan relaksasi ini sehingga menimbulkan rasa tidak percaya diri sehingga penerapan menjadi kurang efektif.

## **6. Strandar Operasional Prosedur Relaksasi Genggam Jari**

Teknik ini dilaksanakan 3-5 menit dari satu persatu jari ke jari selanjutnya dengan rentan waktu yang sama (Ahmad & Kardi, 2020; Hayat et al., 2020; Sulistiawan et al., 2022).

<b>Pengertian</b>	Teknik relaksasi genggam jari merupakan kombinasi antara nafas dalam dan genggam jari tangan secara bergantian menggunakan waktu yang relative singkat.
-------------------	---

<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggenggam jari dan menarik nafas dalam-dalam dapat membantu merelaksasikan ketegangan fisik dan emosi dalam tubuh yang dapat mengurangi nyeri.</li> <li>2. Mengurangi takut, cemas, perasaan panik, dan khawatir</li> <li>3. Dapat memberikan rangsangan yang nyaman pada tubuh sehingga pikiran dan emosi dapat terkontrol.</li> </ol>
<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>2. Jelaskan prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari yang dilakukan selama 3-5 menit</li> <li>3. Atur posisi klien duduk/berbaring dengan tenang (menyesuaikan keadaan klien)</li> <li>4. Genggam ibu jari dengan tangan sebelahnya, kemudian dilanjut dengan menggenggam jari telunjuk, jari tengah, jari manis, dan jari klingking secara bergantian</li> <li>5. Pada saat teknik genggam jari dilakukan, diikuti dengan menutup mata, fokus, tarik nafas dengan hidung kemudian dikeluarkan melalui mulut.</li> </ol>

	<p>6. Lakukan sampai klien merasa lebih rileks</p> <p>7. Jika dirasa sudah lebih rileks, bisa dilakukan dengan memberi kalimat motivasi kepada diri sendiri, seperti “saya pasti bisa melakukannya, saya kuat, saya pasti akan sembuh”</p> <p>8. Lalu lepaskan genggaman jari dan membuka mata serta usahakan menjadi lebih santai.</p>
--	---

Tabel 2.1 SOP Genggam Jari (*Finger Hold*)

(Ahmad & Kardi, 2020; Hayat et al., 2020; Sulistiawan et al., 2022)

## C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 1. Fokus Pengkajian

Fokus pengkajian keperawatan ialah pengumpulan data yang menyangkup empat metode yaitu anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada pasien post operasi apendiktomi yang dikaji pada saat pengkajian yaitu identitas pasien, riwayat kesehatan pasien (keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwaya kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga), pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (Nuraeni, Sri 2021).

Adapun pengkajian pada pasien post operasi apendiktomi yaitu (Nuraeni, Sri 2021; Triyani, Ida 2020) :

a. Anamnesa

1) Identitas Klien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pendidikan, pekerjaan, pendidikan, alamat, indentitas penanggung jawab yang terdiri dari nama, umur, penanggungjawab, hubungan keluarga dan pekerjaan. Biasanya pasien dengan apendiktomi banyak terjadi pada pria dibanding wanita antara 20-30 tahun.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien post operasi apendiktomi sering ditemukan keluhan nyeri saat dikaji, akibat dari luka pembedahan, nyeri yang dirasakan akan bertambah apabila digunakan untuk bergerak dan akan berkurang jika istirahat serta diberi obat, nyeri yang dirasakan seperti disayat-sayat atau ditusuk-tusuk, rasa nyeri terasa di seluruh abdomen hingga ke paha kanan yang akan terus dirasakan sepanjang hari dengan skala nyeri biasanya 4-10 dan hilang timbul.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada pasien post operasi apendiktomi akan merasakan nyeri ketika efek anastesi hilang atau 3-4 jam

post operasi. Riwayat kesehatan sekarang dikaji menggunakan metode PQRST :

Pengkajian PQRST pada pasien post apendiktomi adalah sebagai berikut :

P (*paliative*) : pada pasien post operasi apendiktomi akan mengeluh nyeri bertambah apabila pasien bergerak dan berkurang apabila dibuat istirahat dan setelah diberi obat.

Q (*qualitative*) : pada pasien post operasi apendiktomi nyeri yang dirasakan seperti di sayat-sayat atau tertusuk-tusuk.

R (*region*) : pada pasien post operasi apendiktomi rasa nyeri akan menyebar diseluruh abdomen dan menjalar ke paha kanan yang akan menetap sepanjang hari.

S (*skala/severity*) : rentan skala nyeri yang dirasakan biasanya 4-10.

T (*Time*) : rasa nyeri hilang timbul

c) Riwayat kesehatan dahulu

Pada pasien post operasi apendiktomi biasanya memiliki kebiasaan memakan makanan yang rendah serat, makanan pedas, atau sedang menjalankan program diet yang ekstrem. Tanyakan sebelumnya apakah pernah menjalani tindakan operasi lainnya.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien dengan post operasi apendiktomi tidak memiliki terkaitan dengan penyakit keturunan seperti hepatitis, hipertensi, DM, dan lain-lain. Namun tetap saja harus menanyakan apakah dari anggota keluarga lainnya pernah mengalami penyakit seperti ini.

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik ialah metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan bagian fisik pasien. Menurut pemeriksaan fisik pada pasien post operasi apendiktomi umumnya yaitu :

a) Keadaan Umum

b) Kesadaran : lemah, compositus

c) Tanda – tanda vital :

- TD : normalnya 120/80 mmHg (dikarenakan efek anastesi membuat tekanan darah menjadi rendah dan akan meningkat kembali setelah pengaruh anastesinya hilang)
- Nadi : normalnya 60-100x/menit (nadi akan meningkat karena rentan skala nyeri yang dirasakan 4-10)
- Suhu : normalnya 36,5-37,5°C (suhu akan perlahan meningkat karena nyeri yang dirasakan oleh pasien)

- Respirasi : normalnya ialah 16-20x/menit (respirasi akan meningkat seiring dengan tingkat rasa nyeri yang dirasakan)

#### 4) Sistem pernafasan

Pada pasien post operasi apendiktomi yang mengalami nyeri biasanya frekuensi nafasakan meningkat (takipneia) dan cenderung dangkal karena nyeri yang dirasakan.

#### 5) Sistem kardiovaskuler

Terjadinya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah, hal ini termasuk respon dari nyeri yang dirasakan pasien post operasi apendiktomi.

#### 6) Sistem pencernaan

Ketika dilakukan inspeksi terdapat bekas luka operasi apendiktomi di abdomen kanan bawah, lihat adanya kemerahan, dan Bengkak di area luka operasi, serta mukosa bibir kering. Untuk auskultasi, biasanya pasien post operasi apendiktomi bising ususnya belum kembali normal sehingga perlu dilakukan pengkajian bising usus setiap 4 sampai 8 jam untuk mendeteksi kembalinya bunyi bising usus. Pada pasien post operasi apendiktomi akan terdengar bunyi timpani pada abdomen terutama pada abdomen kuadran kanan bawah karena pengaruh obat anastesi serta

rasa nyeri abdomen. Ketika dipalpasi akan merasakan nyeri tekan pada luka operasi serta perut kembung karena akumulasi gas. Nyeri yang dirasakan biasanya seperti disayat-sayat.

7) Sistem persyarafan

Akibat luka pembedahan atau luka sayatan, pasien post operasi apendiktomi mengalami gangguan pada saraf sensorik.

8) Sistem perkemihan

Terjadinya penurunan jumlah output urine pada pasien post operasi apendiktomi karena pembatasan intake cairan ketika pasien melakukan puasa sebelum operasi. Output urin akan berangsur membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

9) Sistem musculoskeletal

Pasien post operasi apendiktomi dapat mengalami kelemahan karena tirah baring dan kesulitan ambulasi, hal ini terjadi akibat nyeri pada abdomen karena efek pembedahan atau anastesi sehingga menyebabkan kekuatan otot melemah. Kekuatan otot akan membaik seiring dengan peningkatan aktivitas. Kekuatan otot pada pasien post operasi apendiktomi setelah 6 jam :

5	5
4	4

Keterangan :

- 0 : tidak ada kontraksi otot sama sekali atau lumpuh total
- 1 : ada sedikit kontraksi otot tetapi persendian tidak bisa digerakkan
- 2 : dapat menggerakkan ekstremitas tetapi tidak mampu menyokong gaya berat
- 3 : rentan gerak normal, menentang gravitasi
- 4 : gerakan normal penuh menentang gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan
- 5 : gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan penahanan penuh.

#### 10) Sistem endokrin

Pada umumnya pasien post operasi apendiktomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin. Namun tetap dilakukan pengkajian guna mengetahui adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak.

#### 11) Sistem integumen

Adanya luka post operasi apendiktomi pada abdomen kuadran kanan bawah disertai kemerahan serta

turgor kulit yang akan membaik karena adanya peningkatan intake oral.

12) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Pola makan dan minum

Pada pasien post operasi apendiktomi memiliki frekuensi makan dengan porsi yang tidak dihabiskan karena rasa mual yang dirasakan pasien post operasi apendiktomi.

b) Pola istirahat dan tidur

Pada pasien post operasi apendiktomi akan mengalami gangguan tidur karena adanya nyeri akibat luka pembedahan dengan frekuensi tidur 4-6 jam/hari atau bisa saja kurang.

c) Personal hygiene

Untuk melakukan personal hygien, pasien post operasi apendiktomi kurang mampu melakukannya sendiri sehingga dibantu oleh keluarga atau perawat dikarenakan nyeri yang dirasakannya.

d) Eliminasi BAB/BAK

Pasien post operasi apendiktomi akan mengalami penurunan jumlah urin akibat intake cairan kurang, susah BAB atau susah flatus (buang gas) karena pengaruh dari anastesi yang menurunkan peristaltik usus.

e) Pola aktivitas

Pasien post operasi apendiktomi melakukan tugas dibantu oleh keluarga atau perawat karena kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri pada abdomen post operasi dan efek anastesi sehingga menyebabkan kekuatan otot melemah.

f) Pola psikologi

Pada pasien post operasi apendiktomi biasanya akan stres dan terganggu, serta cemas disebabkan rasa nyeri yang dirasakan. Pasien akan merasa tidak berguna, putus harapan, serta mudah marah.

g) Pola sosial

Pada kehidupan sosial, pasien post operasi apendiktomi akan merasa bahwa dirinya kehilangan perannya dalam keluarga dan masyarakat karena ketidakmampuannya melakukan aktivitas seperti biasanya.

h) Pola spiritual

Pasien post operasi apendiktomi akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinan dalam kegiatan beribadah karena kelemahan fisiknya.

## **2. Pemeriksaan Penunjang**

Berikut pemeriksaan penunjang menurut Kasno & Susilawati, (2020) pada pasien dengan gangguan pencernaan adalah :

- a. Laboratorium : pada pasien appendisitis adanya peningkatan leukosit hingga 10.000-18.000/mm memungkinkan appendisitis sudah mengalami perforasi
- b. Foto polos abdomen : dilakukan untuk mendeteksi terdapat pengerasan material pada apendiks atau tidak.
- c. Pemeriksaan USG : guna mengetahui adanya edema yang disebabkan peradangan serta abses apendiks.
- d. CT-Scan : supaya dapat mendeteksi kemungkinan apendiks mengalami inflamasi atau perforasi.

## **3. Rencana Keperawatan**

Diagnosis yang dapat diangkat pada klien dengan post operasi apendiktomi yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) :

- a. Nyeri akut b.d agen cedera fisik prosedur operasi.

- 1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)

3) Gejala dan Tanda mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

4) Gejala dan Tanda Minor

Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

5) Luaran

a) Kontrol Nyeri (L.08063)

Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan kontrol nyeri meningkat.

Kriteria hasil :

- Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat

- Dukungan orang terdekat meningkat
- Keluhan nyeri menurun
- Penggunaan analgetik menurun

## 6) Intervensi

Manajemen Nyeri (I.08238)

Tindakan

### a) Observasi

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

b) Terapeutik

- Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitias istirahat tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi genggam jari)

d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri post operasi.

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

2) Etiologi

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan kekuatann otot
- f) Keterlambatan perkembangan
- g) Kekuatan sendi
- h) Kontraktur
- i) Malnutrisi
- j) Gangguan muskuloskeletal
- k) Gangguan neuromuskular
- l) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- m) Efek agen farmakologis
- n) Program pembatasan gerak
- o) Nyeri
- p) Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik
- q) Kecemasan
- r) Gangguan kognitif

s) Keengganan melakukan pergerakan

t) Gangguan sensoripersepsi

3) Gejala dan tanda mayor

Sujektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif : kekuatan otot menurun, rentan gerak (ROM) menurun

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoodinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

5) Luaran

a) Mobilitas Fisik (L. 05042)

Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan diarapkan mobilitas fisik meningkat.

Kriteria Hasil :

- Pergerakan ekstremitas meningkat
- Kekuatan otot meningkat
- Rentan gerak (ROM)
- Nyeri menurun
- Kelemahan fisik menurun

6) Intervensi

Dukungan mobilisasi (I.05173)

## Tindakan

### a) Observasi

- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

### b) Terapeutik

- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. alat bantu tempat tidur)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu*
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

### c) Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Anjurkan mobilisasi dini
- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

- c. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan.
- 1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme
  - 2) Etiologi
    - a) Ketidakmampuan menelan makanan
    - b) Ketidakmampuan mencerna makanan
    - c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
    - d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
    - e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
    - f) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)
  - 3) Tanda dan gejala mayor

Objektif : berat badan menurun minima 10% dibawah rentan ideal.
  - 4) Gejala dan tanda minor

Subjektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

Objektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

## 5) Luaran

### a) Status Nutrisi (L.03030)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik.

Kriteria hasil :

- Nyeri abdomen menurun
- Bising usus membaik
- Membran mukosa membaik

## 6) Intervensi

### Manajemen Nutrisi (I.03119)

Tindakan

#### a) Observasi

- Identifikasi status nutrisi
- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- Identifikasi makanan yang di sukai
- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- Monitor asupan makanan
- Monitor berat badan
- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium.

#### b) Terapeutik

- Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

- Fasilitasi menemukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- Berikan suplemen makan, jika perlu
- Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi..

c) Edukasi

- Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- Ajarkan diet yang di programkan

d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiematis), jika perlu
- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

d. Resiko ketidakseimbangan elektrolit d.d muntah.

1) Definisi

Berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit.

2) Faktor resiko

- a) Ketidakseimbangan cairan (mis. dehidrasi dan intoksikasi air)
  - b) Kelebihan volume cairan
  - c) Gangguan mekanisme regulasi (mis. diabetes)
  - d) Efek samping prosedur (mis. pembedahan)
  - e) Diare
  - f) Muntah
  - g) Disfungsi ginjal
  - h) Disfungsi regulasi endokrin
- 3) Luaran
- a) Keseimbangan elektrolit (L.03021)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan kepeawatan diharapkan keseimbangan elektrolit.

Kriteria hasil :

    - Serum natrium meningkat
    - Serum kalium meningkat
    - Serum klorida meningkat
    - Serum kalsium meningkat
- 4) Intervensi

Pemantauan elektrolit (I.03122)

Tindakan

- a) Observasi

- Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit.
- Monitor kadar elektrolit serum
- Monitor mual, muntah, dan diare.
- Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis. kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parestesia, penurunan reflek, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernapasan)
- Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. peka rangsang, gelisah, mual, muntah, takikardia mengarah ke bradikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah asistol)
- Monitor tanda dan gejala hiponatremia (mis. disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membran mukosa kering, hipotensi postural, kejang letargi, penurunan kesadaran)
- Monitor tanda dan gejala hipernatremia (mis. haus, demam, mual, muntah, gelisah peka rangsang,

membran mukosa kering, takikardia, hipotensi, letargi, konfusi kejang)

- Monitor tanda dan gejala hipokalsemia (mis. peka rangsang, tanda spasme otot wajah, tanda spasme karpal, kram otot, interval QT memanjang)
- Monitor tanda dan gejala hipomagnesemia (mis. depresi pernapasan, apatis, tanda *Chvostek*, tanda *Trousseau*, konfusi, disritmia)
- Monitor tanda dan gejala hipermagnesia (mis. kelemahan otot, hiporeflexs, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma, depresi)

b) Terapeutik

- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- Dokumentasi hasil pemantauan

c) Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

e. Resiko infeksi d.d luka efek prosedur invasi.

1) Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

## 2) Faktor Resiko

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer :
  - Gangguan peristaltik
  - Kerusakan integritas kulit
  - Perubahan sekresi PH
  - Penurunan kerja siliasi
  - Ketuban pecah lama
  - Ketuban pecah sebelum waktunya
  - Merokok
  - Statis cairan tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
  - Penurunan hemoglobin
  - Imunosupresi
  - Leukopenia
  - Supresi respon inflamasi
  - Vaksinasi tidak adekuat.

### 3) Luaran

#### a) Integritas kulit dan jaringan (L.14125)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.

Kriteria hasil :

- Kerusakan jaringan menurun
- Kerusakan lapisan kulit menurun
- Nyeri menurun
- Kemerahan menurun

### 4) Intervensi

#### Pencegahan infeksi (I.14539)

Tindakan

##### a) Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

##### b) Terapeutik

- Batasi jumlah pengunjung
- Berikan perawatan kulit pada area edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

##### c) Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi

- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Ajarkan etika batuk
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

f. Konstipasi b.d kelemahan otot abdomen.

1) Definisi

Penurunan defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta fases kering dan banyak.

2) Etiologi

Fisiologi

- a) Penurunan motilitas gastrointestinal
- b) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
- c) Ketidakcukupan diet
- d) Ketidakcukupan asupan serat
- e) Ketidakcukupan asupan cairan
- f) Ganglionik (mis. penyakit *Hirschsprung*)
- g) Kelemahan otot abdomen

Psikologis

a) Konfusi

b) Depresi

c) Gangguan emosional

Situasional

a) Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan,

jadwal makan)

b) Ketidakadekuatan toileting

c) Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan

d) Penyalahgunaan laksatif

e) Efek agen farmakologis

f) Ketidakaturan kebiasaan defekasi

g) Kebiasaan menahan dorongan defekasi

h) Perubahan lingkungan

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : defekasi kurang dari 2 kali seminggu,

pengeluaran fases lama dan sulit

Objektif : fases keras, peristaltik usus menurun

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : mengejan saat defekasi

Objektif : distensi abdomen, kelemahan umum, teraba

massa pada rektal

5) Luaran

a) Eliminasi Fekal (L. 04033)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik

Kriteria hasil :

- Kontrol pengeluaran feses meningkat
- Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- Distensi abdomen menurun
- Konsistensi feses membaik
- Peristalti usus membaik

## 6) Intervensi

Manajemen Eliminasi Fekal (I. 04151)

Tindakan

### a) Observasi

- Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
- Identifikasi pengobatan yang berpengaruh pada kondisi gastrointestinal
- Monitor buang air besar (mis. warna, konstipasi, konsistensi, volume)
- Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impikasi

### b) Terapeutik

- Berikan air hangat setelah makan
- Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien

- Sediakan makanan tinggi serat

c) Edukasi

- Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus
- Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses
- Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi
- Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas
- Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal, jika perlu.

g. Gangguan Rasa Nyaman b.d gejala penyakit.

1) Definisi

Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

2) Etiologi

a) Gejala penyakit

- b) Kurang pengendalian situasional/lingkungan
  - c) Ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)
  - d) Kurangnya privasi
  - e) Gangguan stimulus lingkungan
  - f) Efek samping terapis (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi)
  - g) Gangguan adaptasi kehamilan
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- Sujektif : mengeluh tidak nyaman
- Objektif : gelisah
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- Subjektif : mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah.
- Objektif : menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas.
- 5) Luaran
- a) Status kenyamanan (L. 08064)
- Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat
- Kriteria hasil :

- Dukungan sosial dari keluarga meningkat
- Keluhan tidak nyaman menurun
- Gelisah menurun
- Mual menurun
- Merintih menurun
- Pola eliminasi membaik

## 6) Intervensi

Manajemen Mual (I.03117)

Tindakan

### a) Observasi

- Identifikasi pengalaman mua
- Identifikasi syarat non verbal ketidaknyamanan (mis. bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak bisa berkomunikasi secara efektif)
- Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)
- Identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur)
- Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)
- Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)
- Monitor asupan nutrisi dan kalori.

- Monitor respon terhadap terapi relaksasi

b) Terapeutik

- Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)
- Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, kakutan, kelelahan)
- Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik
- Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, *jika perlu*

c) Edukasi

- Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
- Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
- Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. *biofeedback*, Hipnosi, relaksasi, terapi musik, akupresure)

d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian antiemetik.

h. Ganggaun Pola Tidur

1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

2) Etiologi

- a) Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- b) Kurang kontrol tidur
- c) Kurang privasi
- d) Restraint fisik
- e) Ketiadaan teman tidur
- f) Tidak familiar dengan peralatan tidur

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.

Objektif : (tidak tersedia)

4) Gejala dan tanda Minor

Subjektif : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif : (tidak tersedia)

5) Luaran

a) Pola Tidur (L.05045)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur membaik.

Kriteria hasil :

- Keluhan sulit tidur menurun

- Keluhan sering terjaga menurun
- Keluhan tidak puas tidur menurun
- Keluhan pola tidur berubah menurun
- Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- Kemampuan beraktivitas meningkat

#### 6) Intervensi

Dukungan tidur (I. 05174)

Tindakan

Observasi

- Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/psikologis)
- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- Identifikasi obat tidur

Terapeutik

- Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)
- Batasi waktu tidur siang, *jika perlu*
- Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur.
- Tetapkan jadwal tidur rutin
- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan, posisi, terapi akupresure)
- Sesuaikan jadwal pemberian obat/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

## Edukasi

- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- Anjurkan penggunaan obat tidur yang mengganggu stressor terhadap tidur REM
- Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
- Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

## 4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan dan mencapai kesehatan yang lebih baik sesuai dengan intervensi dan kerriteria hasil. Tindakan dan respon pasien harus dicatat dalam format asuhan keperawatan sesuai tanggal tindakan yang dilakukan, waktu, implementasi dan respon, paraf serta nama terang (Tariani, Ni made 2021).

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari serangkaian proses keperawatan guna melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang sesuai dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Tariani, Ni Made 2021).

Teknik penulisan SOAP menurut Triyani, Ida (2020) adalah :

- a. S (*subjective*) : berisi data dari pasien yang didapat dari hasil anamnesa setelah implementasi diberikan.
- b. O (*objektif*) : data objektif bisa didapat berdasarkan hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah implementasi diberikan, seperti pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, dan hasil radiologi.
- c. A (*assessment*) : analisis perbandingan antara data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil kemudian diberikan kesimpulan masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, atau masalah belum teratasi.
- d. P (*planning*) : rencana tindaklanjut yang ditetapkan untuk mengatasi masalah keperawatan.

## D. Metodologi Penelitian

### 1. Jenis, Rancangan dan Pendekatan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan peneliti dalam karya tulis yaitu kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian kuantitatif merupakan penelitian dengan data berupa angka dan analisis menggunakan statistik dengan proses pengukuran menjadi bagian krusial. Penelitian deskripsikan atau menggambarkan kenyataan-kenyataan dengan mengemukakan keadaan-kedaan mengenai objektif penelitian sebagai mana adanya secara lengkap (Hardani, Nur Hikmatul Auliyah, Helmina Andriani, Roushandy Asri Fardani, Jumari Ustiawaty, Evi Fatmi Utami, 2020).

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu studi kasus. Studi kasus ialah studi dengan cara meneliti satu permasalahan melalui unit kasus yang terdiri atas unit tunggal (satu kelompok/satu penduduk). Studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah asuhan keperawatan pada klien dengan fokus intervensi relaksasi genggam jari pada pasien post operasi apendiktomi di RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

## 2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian yaitu pasien secara individu dengan post operasi apendiktomi yang memiliki keluhan nyeri post operasi.

## 3. Waktu dan Tempat

Waktu dan tempat akan dilaksanakan di RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi dengan berfokus pada satu pasien yang mengalami post operasi appendiktomi.

## 4. Fokus studi

Karya tulis ilmiah ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien dengan fokus intervensi relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi apendiktomi di RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

## 5. Instrumen Pengumpulan Data

Seluruh instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data disesuaikan dengan menggunakan SOP (Standar operasional Prosedur), TTV set untuk menunjang data pada aspek fisik.

## 6. Metode Pengumpulan Data

Jenis pengumpulan data :

a. Data primer

Data primer ialah data yang didapat secara langsung dari pasien. Data primer diperoleh dari pertanyaan-pertanyaan yang diajukan perawat secara langsung.

b. Data sekunder

Data sekunder ialah data yang diperoleh dari sumber lain. Sumber data sekunder didapat dari keluarga dan bagian dari rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

Adapun prosedur pengumpulan data melalui tahap-tahap berikut :

- a. peneliti mendapat izin dari peneliti untuk melakukan penelitiannya.
- b. Peneliti meminta persetujuan direktur rumah sakit Seodjati Soemodiardjo Purwodadi, untuk memberikan izin sebagai tempat penelitian.
- c. Penyidik diberi wewenang untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

- d. Penelitian ini memperoleh izin dari bagian rekam medis untuk meminta data primer pasien dari departemen bedah untuk melakukan studi pendahuluan.
- e. Peneliti bertemu dengan respon dan menjelaskan penelitian mereka.
- f. Peneliti meminta persetujuan untuk menjadi responden dengan mengisi formulir informed consent Rumah Sakit.

## 7. Etika Penelitian

Menurut Ramadhanti, (2020) etika penelitian merupakan hal yang harus dilakukan oleh peneliti guna melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian dari peneliti. Terdapat 3 jenis etika penelitian yaitu :

### a. *Informed consent*

*Informant vonsent* merupakan lembar persetujuan menjadi responden yang bertujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan dari peneliti. Jika responden menolak maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati hak-haknya sebagai responden.

### b. *Anonymity*

*Anonymity* merupakan tindakan menjaga kerahasiaan dengan cara tidak mencantumkan identitas secara lengkap, penelitian

akan memberikan inisial responden yang menunjukkan identitas responden tersebut.

c. *Confidentiality*

*Confidentiality* merupakan sebuah usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi dari responden yang telah diberikan.