

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Penyakit Apendisitis**

##### **1. Pengertian**

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (Apendik). Infeksi ini dapat mengakibatkan pernanahan, dan bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau (*caecum*). Apendik besarnya sekitar kelingking tangan atau panjangnya kira-kira 10 cm (kisaran 3-15 cm) terletak diperut kanan bawah. Strukturnya seperti bagian usus lainnya. Namun banyak mengandung kelenjar yang mengeluarkan lendir (Rosen *et al.*, 2015).

Apendisitis adalah masalah yang serius yang harus dicegah sedini mungkin dan salah satu cara untuk menyembuhkan apendisitis adalah dengan apendiktomi atau bedah mayor pada apendik. Tindakan operasi pada pasien apendisitis banyak menimbulkan dampak biopsikosial spiritual, salah satunya yaitu gangguan pola tidur yang dapat disebabkan oleh beberapa faktor misalnya nyeri pada luka post operasi, lingkungan yang kurang nyaman, sehingga menyebabkan kecemasan karena rasa nyeri post operasi (Indri, 2014).

##### **2. Klasifikasi**

Menurut Sjamsuhidayat dan De Jong W (2011), dalam (Ibrahim, 2019) apendisitis diklasifikasikan menjadi 2 :

- 1) Apendisitis akut : Muncul dengan gejala yang khas, didasari karena radang mendadak umbai cacing. Gejala apendisitis ini yaitu nyeri samar dan nyeri tumpul (seperti ditekan atau diremas). Keluhan pasien sering disertai mual, dan kadang muntah, umumnya nafsu makan menurun atau tidak nafsu makan.
- 2) Apendisitis Kronis : Apendisitis kronis adalah peradangan usus buntu yang terjadi dalam jangka lama, ditegakkan jika dinyatakan adanya riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu. Radang usus

buntu kronis terjadi ketika usus buntu tersumbat oleh tinja, benda asing, atau karena pembengkakan akibat infeksi. Keluhan pasien sakit perut bagian kanan bawah, badan lemas, kelelahan, mual, diare, demam.

### 3. Etiologi

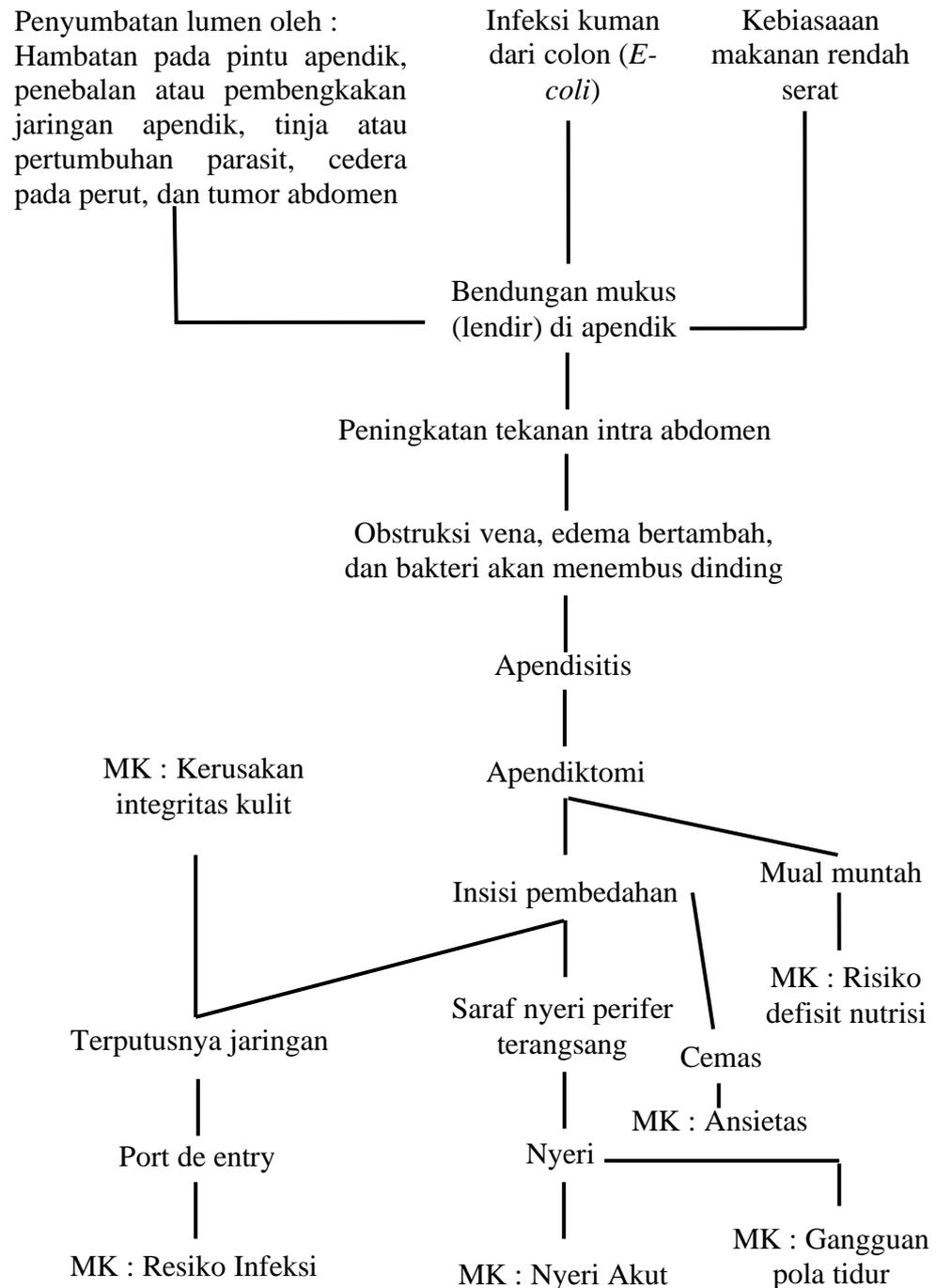
Apendisitis biasanya disebabkan oleh sumbatan pada lumen apendik. Sumbatan ini dapat berasal dari apendikolit (batu apendik), fekalit terjadi karena kurang makan makanan berserat. Tumor apendik seperti tumor karsinoid (tumor lambat di beberapa tempat di seluruh tubuh yaitu sering muncul di perut, usus buntu, usus kecil, usus besar, dubur atau paru-paru), parasit usus, semuanya diketahui sebagai penyebab obstruksi apendik (penyumbatan apendik) dan apendisitis.

Pertumbuhan berlebih bakteri akan terjadi pada apendik yang terobstruksi, salah satu organismenya *Escherichia coli*. Setelah peradangan, apendik berisiko mengalami perforasi (rusaknya dinding usus karena infeksi, peradangan, yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis) (Yudi Pratama, 2022).

### 4. Patofisiologi

Patofisiologi apendisitis dimulai dari inflamasi dan terjadi edema akibat tersumbat, kemungkinan disebabkan oleh fekalit (feses yang keras), tumor atau benda asing. Dalam suatu proses inflamasi menyebabkan peningkatan intraluminal, sehingga menimbulkan nyeri abdomen dan menyebar secara hebat dan progresif (meningkat) dalam beberapa jam terlokalisasi di kuadran kanan bawah abdomen, sehingga hal tersebut menyebabkan apendik yang terinflamasi (Smeltzer, 2013).

**Gambar 2.1**  
**Pathway Apendiktomi**



Sumber : (Ibrahim, 2019).

## 5. Manifestasi klinis

Gejala yang khas apendisitis pada penderitanya adalah seperti nyeri pada kuadran kanan bawah biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah, dan kemungkinan hilangnya nafsu makan, dan diare. Selain itu apabila apendiks telah ruptur (robek), nyeri menjadi lebih menyebar atau berpindah-pindah, distensi abdomen (area perut kembung atau bengkak) terjadi akibat Ileus paralitik (terganggunya pergerakan usus membuat makanan tidak dapat dicerna, sehingga terjadi penyumbatan di usus). (STIKES Bhakti Pertiwi Luwu Raya Palopo, 2020).

## 6. Pemeriksaan diagnostik

- 1) Laboratorium tes berupa jumlah leukosit total, presentase neutrophil, konsentrasi protein C-reaktif yang berguna untuk menentukan langkah diagnostik pada pasien dengan dugaan apendisitis akut. Pasien dengan apendisitis akut bisa ditemukan peningkatan jumlah sel darah putih, ditemukannya keton pada urin. Peningkatan jumlah sel darah putih yang sama dan atau di atas  $17.000 \text{ sel/mm}^3$  dikaitkan dengan komplikasi apendisitis akut, termasuk apendisitis perforasi dan gangrene.
- 2) Pencitraan berupa USG hasil nyeri tekan (+), penebalan dinding apendik, sugestif apendisitis akut, CT scan perut memiliki akurasi lebih dari 95% untuk diagnosis apendisitis dan digunakan dengan frekuensi yang meningkat. Kriteria CT untuk apendisitis termasuk apendik yang membesar (diameter lebih dari 6 mm), penebalan dinding apendik lebih dari 2 mm (Yudi Pratama, 2022).

## 7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan apendisitis yaitu melalui apendiktomi (pembedahan). Pembedahan dibedakan menjadi dua metode yaitu laparatomi dan laparaskopi. Laparatomi adalah dengan teknik terbuka atau pembedahan konvensional (membuat sayatan pada bagian tubuh dengan menggunakan pisau khusus). Post operasi laparatomi ini atas indikasi apendik pada pasien yang didapatkan hitung jenis leukosit yang bergeser ke kiri (*shift to the left*), mengindikasikan suatu inflamasi akut. Nilai

normal leukosit adalah 3.600-11.000/mm<sup>3</sup>. Bila jumlah leukosit lebih dari 18.000/mm<sup>3</sup> kemungkinan telah terjadi apendisitis perforasi (Maulana dan Salsabila, 2022). Laparoskopi yaitu prosedur yang dilakukan dengan memasukkan alat laparoskop, tindakan ini bisa menghindari sayatan besar yang biasanya dilakukan pada operasi konvensional atau prosedur ini dikenal dengan operasi invasif minimal. Operasi usus buntu dengan laparoskopi biasanya dilakukan pada pasien usus buntu yang sedang hamil, berat badan berlebih, berusia lanjut, masih anak-anak (Manurung, 2019).

#### 8. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi apabila tidak dilakukan pembedahan yaitu peritonitis (usus buntu pecah yang menginfeksi ke seluruh perut). Setelah atau pasca operasi dapat mengakibatkan komplikasi :

- 1) Abses (kantung berisi nanah).
- 2) Hematoma (kondisi ketika darah merembes dan terkumpul di bawah kulit, sehingga muncul memar pada kulit).
- 3) Seroma (kondisi penumpukan cairan di bawah kulit, biasanya muncul di bekas sayatan bedah).
- 4) perdarahan, dan terjadi infeksi luka jahitan (Ernestine, Michelle, 2022).

### **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Pada tahun 1970 Maslow menjelaskan jenjang kebutuhan dasar manusia yaitu yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Manusia. Hierarki tersebut meliputi 5 kategori kebutuhan dasar yaitu :

1. Kebutuhan fisiologi yaitu kebutuhan manusia akan oksigen, air, makanan, suhu tubuh normal, pakaian dan lain-lain.
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman meliputi rasa aman secara fisik maupun emosional.
3. Kebutuhan rasa cinta/dibutuhkan yaitu rasa saling menyayangi, dan memiliki hak kepemilikan terhadap suatu hal.
4. Kebutuhan penghargaan/harga diri yakni bentuk menghargai diri sendiri dan bentuk penghargaan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri.

Kebutuhan aktualisasi diri adalah keinginan seseorang untuk menggunakan semua kemampuan dirinya untuk mencapai apapun yang kita inginkan dan bisa dilakukan (Hidayat A Azimul, 2015).

**Gambar 2.2**

**Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow**



Sumber : *Abraham Maslow dalam* (Hidayat A Azimul, 2015)

Pada kasus post operasi apendisitis kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan keselamatan dan rasa aman nyaman yaitu tepatnya kebutuhan bebas dari rasa nyeri, dan kebutuhan keselamatan rasa aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis.

Nyeri adalah suatu pengalaman emosional dan sensorik yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif, hanya dirasakan oleh seseorang yang mengalaminya. Rasa nyeri timbul akibat respon saraf yang menerima rasa nyeri baik dari dalam maupun dari luar tubuh lalu membawa sensasi tersebut ke dalam otak.

a. Klasifikasi Nyeri :

- 1) Nyeri berdasarkan tempatnya : *Pheriperal pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada mukosa dan kulit. *Deep pain*, yaitu nyeri terasa di permukaan tubuh dalam/organ organ tubuh visceral (Sistem ekskresi yang terdiri dari organ ginjal, hepar, dan paru-paru dan sistem pernapasan yang terdiri dari rongga hidung, tenggorokan, dan paru-paru). *Referred pain*, nyeri dirasakan di tempat lain bukan ditempat

kerusakan yang sebenarnya dikenal dengan nyeri alih. *Central pain*, yaitu nyeri disebabkan oleh lesi (jaringan abnormal) atau disfungsi primer pada sistem saraf pusat seperti spinal cord dan batang otak.

- 2) Nyeri berdasarkan sifatnya: *Incidental pain* : nyeri hilang timbul.  
*Paroxymal pain* : dirasakan berdenyut tinggi dan kuat sekali.
- 3) Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan :
  - a) Nyeri akut. Nyeri akut kondisi tidak nyaman muncul secara tiba-tiba dan waktunya hanya sebentar. Kondisi nyeri akut terjadi akibat adanya cedera di jaringan tubuh manusia seperti tulang, otot dll. Intensitas nyeri ini dari ringan hingga parah, paling lama hanya beberapa hari.
  - b) Nyeri kronis. Nyeri yang dirasakan lebih dari 6 bulan. Pola nyeri ini bermacam-macam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun.

#### b. Manejemen Nyeri (*Pain Manegement*)

Manejemen nyeri atau pain manegement adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya menghilangkan nyeri atau pain relief. Manegement nyeri ini menggunakan pendekatan multi disiplin yang didalamnya termasuk pendekatan farmakologikal (termasuk *pain modifiers*), non farmakologikal dan psikologikal.

#### c. Manegemen Nyeri Non Farmakologis

##### 1) Relaksasi

Teknik relaksasi didasarkan pada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis, dapat dilakukan dengan kepala di topang dalam posisi berbaring atau duduk di kursi. Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktifitas simpatik dalam sistem saraf otonom. Langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam :

- a) Ciptakan lingkungan yang tenang
- b) Usahakan tetap rileks
- c) Menarik nafas dalam dari hidung tahan selama 3-5 detik

- d) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rilek

2) Distraksi

Teknik distraksi adalah teknik yang dilakukan untuk mengalihkan perhatian klien dari nyeri. Teknik distraksi yang dapat dilakukan adalah:

- a) Melakukan hal yang sangat disukai, seperti membaca buku, melukis, menggambar dan sebagainya, dengan tidak meningkatkan stimuli pada bagian tubuh yang dirasa nyeri.
- b) Melakukan kmpres hangat pada bagian tubuh yang dirasakan nyeri.
- c) Bernapas lembut dan berirama secara teratur.
- d) Menyanyi berirama dan menghitung ketukannya.

d. Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri meliputi PQRST (*Provokatif, Quality, Region, Severity and Time*) . *Provokatif* : penyebab timbulnya nyeri. *Quality* : kualitas nyeri yang dirasakan seperti rasa tersayat-sayat, nyeri tajam, nyeri dalam, nyeri tumpul, rasa terbakar, dan lain-lain. *Region/radiation* : penyebaran nyeri dan lokasi nyeri yang dirasakan . *Severity* : tingkat nyeri yang di ukur dengan skala nyeri dan *Time* : waktu terjadinya nyeri/ lamanya

Adapun Intensitas skala nyeri yang digunakan dalam pasien post Apendiktomi yaitu dengan *Numeric Rating Scale (NRS)*.

**Gambar 2.3**

**Numeric Rating Scale**



Sumber : (*Ruminem, 2021*)

Numeric Rating Scale merupakan suatu alat ukur meminta pasien menilai terhadap rasa nyerinya sesuai yang dirasakannya pada skala numeral dari 0-10. Angka 0 berarti tidak nyeri dan 10 nyeri hebat. Skala 0 tidak nyeri, 1- 3 yaitu nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, dan 7-10 nyeri hebat. (Potter dan Perry, 2010) dalam buku ajar (Ruminem, 2021).

### C. Konsep Proses Keperawatan

#### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dalam dokumentasi keperawatan, termasuk pengumpulan data, dan dilakukan pertama kali setelah pasien masuk. Dalam hal ini, perawat hanya dapat mengumpulkan data deskriptif (data gambaran dengan kata-kata secara jelas dan terperinci), ringkas, dan lengkap. Data klien untuk laporan berdasarkan gejala, persepsi (pemahaman), observasi keperawatan (mengamati secara langsung suatu objek untuk memperoleh sejumlah data), atau anggota tim medis (Suhanda *et al.*, 2021).

Pengkajian fokus pada klien post operasi appendiktomi menurut Bararah dan Jauhar (2013) dalam (Ibrahim, 2019) antara lain :

##### a. Identitas

klien post operasi apendiktomi yang menjadi pengkajian dasar meliputi : nama, umur, jenis kelamin, no rekam medis.

b. Keluhan utama : Berisi keluhan utama pasien saat dikaji, klien post operasi apendiktomi 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 *Provokatif, Quality, Region, Severity and Time (PQRST)*. Klien yang telah menjalani operasi apendiktomi pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi

obat dan diistirahatkan. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri lebih dari lima. Nyeri akan terlokalisasi didaerah operasi dapat pula menyebar diseluruh abdomen dan bahkan pada tubuh lainnya. Nyeri mungkin dapat mengganggu aktivitas seperti rentang toleransi klien masing-masing.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh kepada penyakit apendisitis yang diderita sekarang sertaapakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien menderita penyakit apendisitis, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

4) Riwayat psikologis

Secara umum klien dengan post apendisitis tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis.

5) Kebiasaan sehari-hari

Klien yang menjalani operasi pengangkatan apendiks pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri yang akut dan kelemahan. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri. Kemungkinan klien akan mengalami mual muntah dan konstipasi pada periode awal post operasi karena pengaruh anastesi. Intake oral dapat mulai diberikan setelah fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Pola istirahat klien dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

Terdapat luka bekas operasi, striae (seperti parut garis, berwarna merah muda di abdomen) serta kemerahan.

2) Palpasi

Cek adakah nyeri tekan atau nyeri lepas. Biasanya pada pasien post apendisitis terdapat nyeri tekan pada abdomen

### 3) Perkusi

Mengkaji adanya suara timpani atau hipertimpani. Timpani adalah bunyi perkusi yang paling sering ditemukan pada abdomen disebabkan adanya gas dalam lambung, usus halus dan kolon. Hipertimpani akibat dari gas yang terperangkap dalam usus.

### 4) Auskultasi

Auskultasi dilakukan menggunakan stetoskop untuk menghitung bising usus. Secara umum bising usus menurun pada pasien apendisitis. Normal bising usus 5-30 kali/menit.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, SDKI, 2017).

Menuru (El-Haque & Ismayanti, 2022) dapat disimpulkan diagnosa yang dapat muncul pada pasien post apendektomi sebagai berikut :

### a. Nyeri akut (D.0077)

#### 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) Penyebab

Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi: terjadi akibat jaringan tubuh mengalami infeksi, iskemia: aliran darah berkurang), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. amputasi, terbakar, terpotong pada salah satu anggota tubuh, mengangkat beban atau benda berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan misalnya olahraga berlebihan)

a) Gejala dan Tanda Mayor

S : Mengeluh Nyeri

O : Tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit Tidur

b) Gejala tanda minor

S: *(tidak tersedia)*

O : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri.

b. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)

1) Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

2) Penyebab

Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan

a) Gejala dan tanda mayor

S : *(tidak tersedia)*

O : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit tubuh manusia

b) Gejala tanda minor

S :*(tidak tersedia)*

O : Nyeri, pendarahan, warna kemerahan di kulit, hematoma (penumpukan darah abnormal di luar dari pembuluh darah atau biasa disebut memar).

c. Gangguan pola tidur (D.0055)

1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

2) Penyebab

Hambatan lingkungan (misal kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap), kurang kontrol tidur, kurang privasi, ketidakadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tempat tidur

3) Gejala tanda mayor

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

O : (*tidak tersedia*)

4) Gejala tanda minor

S : Mengeluh kemampuan aktivitas menurun

O : (*tidak tersedia*)

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah setiap rencana tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang dibuat pada pasien. Rencana perawatan yang dikembangkan dengan baik mempromosikan perawatan lanjutan dari satu pengasuh ke pengasuh lainnya. Ini memberikan kesempatan kepada semua staf perawat untuk memastikan perawatan yang konsisten dan berkualitas (Lismayanti et al., 2021).

Rencana keperawatan pada kasus apendisitis terdapat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 2.1**  
**Rencana Keperawatan Kasus Post Apendiktomi**

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	(SLKI)	(SIKI)
1	2	3
<p><b>Nyeri akut (D.0077)</b> berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan :</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor :</b></p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh Nyeri</li> </ol> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> </ol>	<p><b>Tingkat nyeri (L.08066) menurun</b> dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun, dengan skala numeric rating scale 0</li> <li>2. Sikap protektif</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Menarik diri menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>7. Monitor efek samping penggunaan</li> </ol>

1	2	3
<p>4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit Tidur</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor :</b></p> <p>Data subjektif : <i>(tidak tersedia)</i></p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berpikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> </ol>		<p>Analgetik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: teknik napas dalam , kompres hangat/dingin)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara Mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik</li> </ol>

1	2	3
		<p>secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik</p>
<p><b>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</b> berhubungan dengan faktor mekanis (gesekan benda tajam) ditandai dengan :</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor :</b></p> <p>Data subjektif : (<i>tidak tersedia</i>)</p> <p>Data objektif : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor :</b></p> <p>Data subjektif : (<i>tidak tersedia</i>)</p> <p>Data objektif :</p> <p>1. Nyeri</p>	<p><b>Integritas kulit dan jaringan (L. 14125) meningkat</b></p> <p>dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kerusakan jaringan menurun</p> <p>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>3. Nyeri menurun</p> <p>4. Kemerahan menurun</p>	<p><b>Perawatan luka (I. 14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau.</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan</p> <p>3. Pasang balutan sesuai jenis luka</p>

1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Pendarahan</li> <li>3. Kemerahan</li> <li>4. Hematoma</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>5. Pasang balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>7. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari</li> <li>8. Berikan suplemen vitamin dan mineral (misal vitamin C, Zinc, asam amino), <i>sesuai indikasi</i></li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul>

1	2	3
		<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>
<p><b>Gangguan pola tidur (D.0055)</b> berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan :</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor :</b></p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Mengeluh sering terjaga</li> <li>3. Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>4. Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ol> <p>Data objektif : <i>(tidak tersedia)</i></p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor :</b></p>	<p><b>Pola tidur (L.05045) membaik</b> dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan tidur (I.05174)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i></li> </ol>

1	2	3
<p>Data Subjektif :</p> <p>1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</p> <p>Data objektif : <i>(tidak tersedia)</i></p>		<p>1. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>2. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti pengaturan posisi, pijat, atau terapi akupresur Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p>

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan atau direncanakan. Implementasi keperawatan yaitu kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang dikerjakan (Samosir, 2020).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang perawat buat pada tahap perencanaan. Evaluasi juga merupakan tahap menilai sejauh mana tujuan keperawatan tercapai atau tidak. Tujuan dari evaluasi antara lain : mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan (Minannisa, 2019). Evaluasi pada tahap ini adalah evaluasi sumatif (akhir) evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format SOAP

S : Tanggapan subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

O : Tanggapan objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

A : Analisis ulang data subjektif dan objektif untuk menentukan apakah masalah masih ada, atau ada masalah baru dan masalah yang bertentangan dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindakan selanjutnya berdasarkan hasil analisis tanggapan klien (Apriliani *et al.*, 2022).