

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Appendiksitis

2.1.1 Pengertian Appendiksitis

Appendiksitis merupakan sebuah peradangan pada organ appendiks vermiformis dan merupakan penyebab utama abdomen akut yang paling sering (Melina & Chotimah, 2022). Appendiksitis merupakan suatu peradangan pada lapisan mukosa dari appendiks vermiformis yang dapat menyebar ke bagian lainnya dari appendiks sendiri. Appendiks sendiri merupakan sebuah organ yang memanjang dengan Panjang kurang lebih enam sampai sembilan centimeter dimana pangkalnya terletak pada abdomen kanan bawah (Sagala & Naziyah, 2023).

Appendiksitis merupakan satu dari banyaknya kasus pada bidang bedah umum abdomen yang menyebabkan nyeri pada abdomen akut dan harus segera dilakukan tindakan pembedahan segera agar mengurangi potensi risiko komplikasi yang berbahaya seperti gangrene, peritonitis generalisata, sampai perforasi (Erita *et al.*, 2024).

2.1.2 Etiologi Appendiksitis

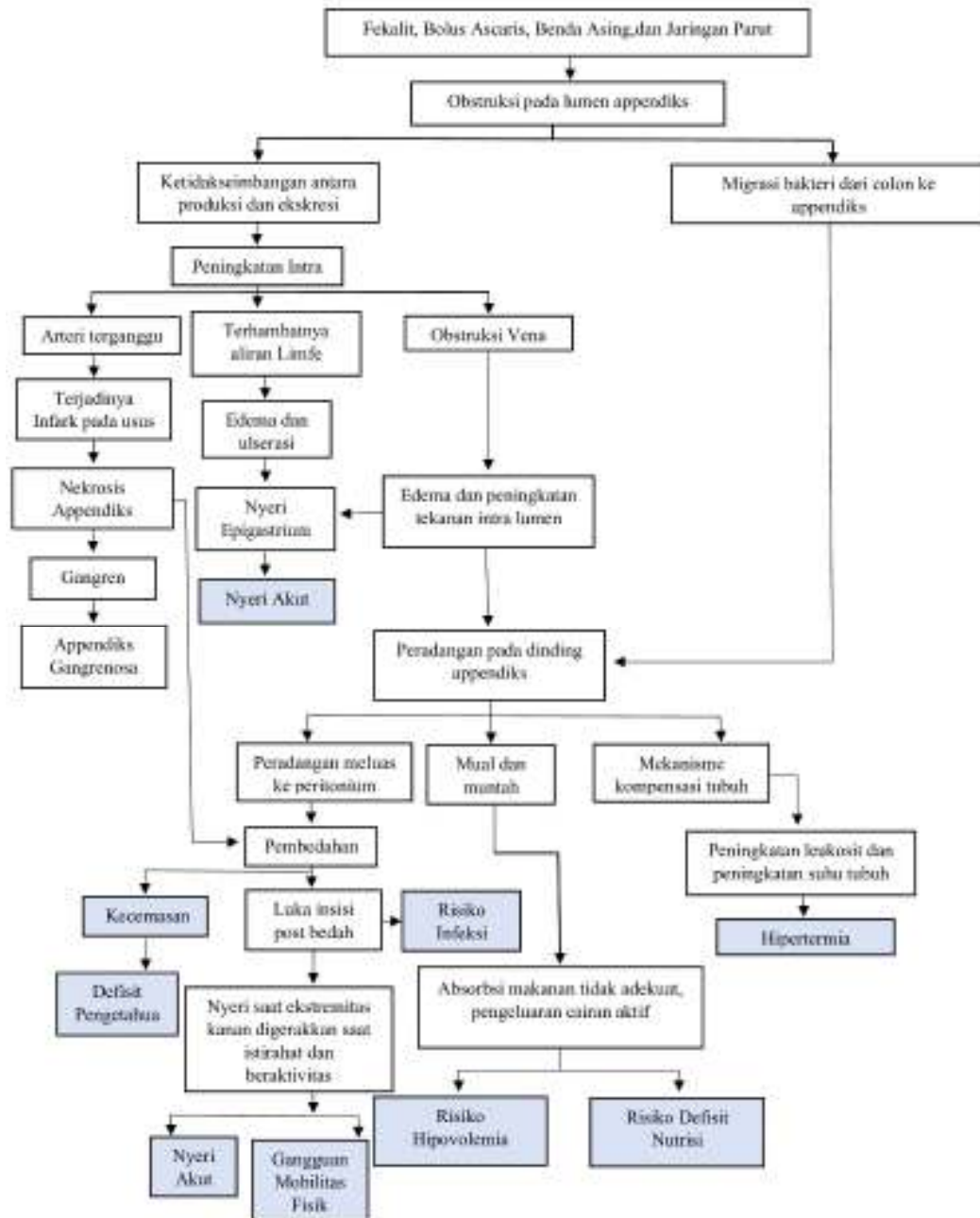
Penyebab appendiksitis akut bisa terjadi karena sebuah proses peradangan bakteri yang penyebabnya dari beberapa factor seperti *fecalith*, *hyperplasia* jaringan limfe, cacing askaris yang menyumbat dan tumor appendiks. Diduga penyebab lain dari appendiksitis adalah terjadinya erosi

pada mukosa appendiks karena parasite seperti *E.Histolytica* (Sagala & Naziyah, 2023).

2.1.3 Patofisiologi Appendiksitis

Awal mula terjadinya appendiksitis bisa berasal dari obstruksi pada lubang appendiks. Penyebab obstruksi bisa berbeda pada kelompok usia yang berbeda pula. *Hiperplasia* pada limfoid merupakan yang penting karena dapat menyebabkan adanya peradangan, iskemia lokal, serta abses yang berkembang (perforasi) yang nyata dengan peritonitis yang muncul. Obstruksi ini sendiri diakibatkan oleh hyperplasia limfoid, infeksi karena parasit, fekalit, atau bahkan tumor yang jinak dan ganas. Bila sudah terjadi obstruksi pada appendiks maka tekanan intraluminal dan intramural akan meningkat yang mengakibatkan oklusi pembuluh darah kecil serta terjadinya statis limfatik. Jika appendiks sudah tersumbat oleh mukus dan mengakibatkan buncit pada individu maka dengan seiring waktu terjadi kemajuan pada limfatik dan vaskular, lalu dinding appendiks berubah menjadi iskemik dan nekrotik. Appendiks yang terhambat akan menjadi tempat pertumbuhan bakteri yang berlebih bersamaan dengan organisme aerob serta anaerob dihari selanjutnya. Organisme yang muncul bisa seperti *Escherichia coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, dan *Pseudomonas*. Setelah appendiks meradang dan terjadi nekrosis yang signifikan, persentase terjadinya perforasi akan meningkat dan akan terjadi abses local hingga peritonitis (Tria, 2023).

2.1.4 Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Appendiksitis

2.1.5 Tanda dan Gejala Appendiksitis

Beberapa gambaran klinis pada penderita appendiksitis yang paling umum ditemukan adalah (Haryanti *et al.*, 2023; Pratama, 2022):

1. Nyeri daerah umbilicus atau periumbilikus, nyeri akan beralih ke kuadran kanan abdomen bawah dalam 2-12 jam.
2. Mual yang muncul setelah timbulnya rasa nyeri
3. Anoreksia
4. Pada pasien dengan appendiks retrosekal timbul rasa nyeri punggung dan pinggang
5. Malaise
6. Demam yang tidak terlalu tinggi

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendukung pengangkatan diagnose appendiksitis adalah (Finansah *et al.*, 2020; Pratama, 2022) :

1. Laboratorium

a. Jumlah Sel Darah Putih (WBC)

Pada pasien appendiksitis jumlah sel darah putih memiliki peran yang penting dimana telah dibuktikan kebasahannya. Jumlah sel darah putih digunakan sebagai respon terhadap peradangan dimana kadar sel darah putih akan meningkat.

b. C-Protein Reaktif (CRP)

CRP sendiri merupakan reaktan fase akut yang akan meningkat 8-12 jam awal setelah inflamasi dimulai dan akan meningkat pada jam ke 24 sampai jam ke 44.

c. Jumlah Granulosit dan Proporsi Sel *Polimorfonuklear* (PMN)

Jumlah granulosit dari 11×10^9 sel/L memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendiagnosis appendiksitis dibanding laboratorium lain.

d. Leukosit

Peningkatan leukosit akan meningkat pada pasien yang memiliki appendiksitis akut, jumlah leukosit akan menginjak angka 70-90%. Kemungkinan pasien mengalami appendiksitis perforasi bila nilai leukosit berada di angka >15.000 sel/ μ L.

2. Pencitraan Radiologis

a. Ultrasonografi (USG)

USG atau *Ultrasonografi* merupakan salah satu pemeriksaan yang sangat sering digunakan dalam mendiagnosis klinis pasien dengan gejala appendiksitis. USG merupakan pemeriksaan awal radiologis dalam mendiagnosis appendiksitis. Didapatkan gambaran pada USG terlihat appendiks dengan diameter anteroposterior 7 mm atau lebih dari itu, terdapat appendicolith, dan terlihat adanya massa atau cairan pada periappendiks.

b. CT-Scan

CT-Scan merupakan gold standard dalam menegaskan diagnosis appendiksitis dengan sensitivitas dan spesifitas 83-98%. CT-Scan dilakukan bila diagnosis susah ditegakkan pada pasien obesitas, curiga adanya abses, dan presentasi klinis yang tidak jelas. CT-Scan sangat menunjang diagnosis pada pasien yang dicurigai telah mengalami inflamasi pada appendiks serta ada gejala yang

tidak khas pada appendiks. Pada CT-Scan didapatkan appendiks yang tidak normal dimana periappendiceal telah terinflamasi. Dikatakan tidak normal bila appendiks telah distensi atau telah menebal serta membesar sampai ukuran $>5-7\text{mm}$. Pada periappendiceal akan terlihat abses, edema, kumpulan cairan, dan phlegmon. Inflamasi pada periappendiceal terlihat adanya sebuah perkapuran pada lemak mesenterium (dirty fat), peningkatan densitas pada jaringan lunak di kuadran kanan bawah, dan adanya penebakab pada fascia lokalis.

c. MRI (*Magnetic Resonance Imagine*)

Hasil dari MRI memiliki gambaran pencitraan yang jauh lebih baik untuk menegakkan diagnosis appendiksitis dibandingkan dengan USG.

d. Foto Abdomen Polos

Foto abdomen polos pada pasien dengan appendiksitis dapat digunakan untuk menyingkirkan diagnosis banding. Pada foto abdomen polos dengan appendiksitis akut akan Nampak keabnormalan “*gas pattern*” pada bagian usus namun hal ini tidak bisa terlihat secara spesifik. Foto polos abdomen tidak dilakukan pada pasien dengan appendiksitis perforasi, saluran kemih kalkulus dan obstruksi usus.

2.1.7 Penatalaksanaan

Farmakologis Saat pasien telah didiagnosis appendiksitis, harus melakukan puasa terlebih dahulu lalu diberikan analgetik dan antimitetik

untuk mengurangi gejala yang dirasakan. Pasien dengan appendiksitis harus diberikan cairan intravena (iv) sesuai kebutuhannya sebagai pengganti cairan yang hilang dari efek dehidrasi yang berkembang sebagai akibat dari beberapa gejala awal appendiks seperti muntah dan demam. Prosedur pengobatan awal akan diberikan antibiotik intravena line selama satu sampai tiga hari dilanjutkan dengan oral selama tujuh hari. Antibiotik yang diberikan adalah kombinasi sefalosporin dan tinidazol atau penisilin spektrum luas dan penghambat beta-laktam sedang. Durasi pengobatan antibiotik kemungkinan akan lebih pendek dibandingkan sebelumnya, dengan pengobatan dihentikan 1 hingga 2 hari setelah perbaikan signifikan secara klinis. Pasien harus dirawat di rumah sakit untuk memantau kondisinya dengan cermat dan bersiap untuk operasi usus buntu jika gejala klinis tidak membaik. Jika kondisi klinis membaik, pasien dipulangkan namun harus tetap mengonsumsi antibiotik di rumah. Jika pengobatan non-bedah ini berhasil, kolonoskopi, USG, atau CT dalam waktu 6 bulan dianjurkan untuk menghilangkan komplikasi dari 4.444 keganasan pada pasien berisiko tinggi (usia 40 tahun ke atas).

Prosedur tindakan operasi pada pasien dengan cara menyingkirkan atau mengangkat usus buntu atau appendiks yang telah terinfeksi. Appendiktomi dapat dilakukan dengan dua metode yaitu open surgery dan laparoscopi. Kedua metode tersebut masing-masing memiliki risiko sangat rendah pada mortalitas dan morbiditas dilihat dari tingkat keparahan pada appendiksitis. Laparoscopi dianggap lebih baik dikarenakan rendahnya tingkat infeksi luka, dimana rasa sakit yang dirasakan pada hari pertama

pasca operasi lebih kecil dan waktu yang dibutuhkan untuk rawat inap lebih pendek. Laparoskopi dilakukan dengan sebuah sayatan kecil di daerah umbilicus dan dua sayatan dibuat pada bagian abdomen bawah. Appendiks akan dikeluarkan melalui umbilikus serta semua sayatan akan ditutup menggunakan jahitan yang absorbable. Pada open sugery tingkat abses intraabdominal akan lebih rendah, waktu yang dibutuhkan lebih pendek serta biaya yang dibutuhkan lebih rendah (Finansah *et al.*, 2020; Pratama, 2022).

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan 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 (PPNI, 2017).

2.2.2 Data Mayor dan Minor

Tanda dan gejala Nyeri Akut adalah :

Tabel 2. 1 Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Tanda dan gejala Mayor	
Subjektif :	Objektif
1) Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Tanda dan gejala Minor	
Subjektif	Objektif
-	1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu

-
5. Menarik diri
 6. Berfokus pada diri sendiri
 7. Diaforesis
-

2.2.3 Penyebab

Faktor penyebab Nyeri Akut menurut (SDKI, 2017) :

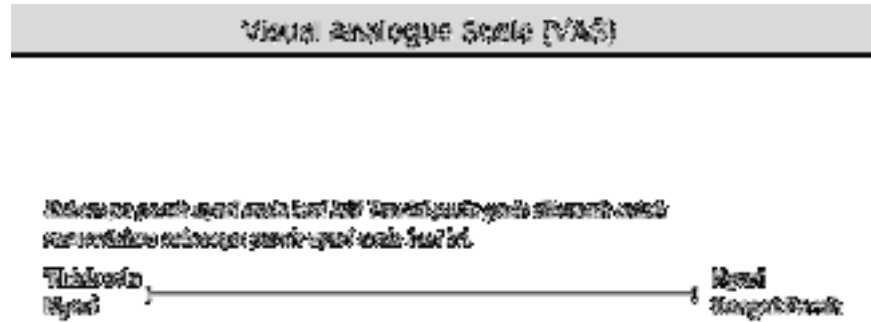
1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

2.2.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

Pengukuran intensitas nyeri merupakan assessment yang sering dilakukan pada pasien post operasi. Terdapat beberapa perangkat assessment nyeri unidimensional yang dapat digunakan yaitu :

1. *Visual Analog Scale* (VAS)

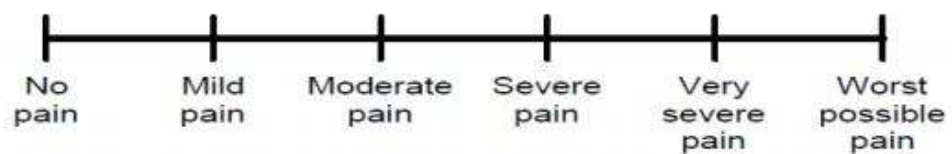
Skala sssesment ini merupakan cara yang paling umum dipergunakan dalam menilai intensitas nyeri. Skala linier ini digambarkan secara visual gradasi intensitas nyeri yang dialami individu. Rentang nyeri digambrkan dengan garis Panjang sepanjang 10 cm dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini berupa angkat serta pernyataan secara deskriptif.. VAS tidak cukup bermanfaat pada pasien pasca bedah dikarenakan VAS perlu koordinasi vidual serta motoric dan kemampuan konsentrasi.



Gambar 2. 2 Visual Analog Scale (VAS) (Yudiyanta & Novitasari, 2015)

2. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini mempertanyakan intensitas nyeri dalam 5 skala : tidak nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri hebat dan nyeri sangat hebat serta menggunakan angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan intensitas nyeri. Skala numerik verbal ini cukup bermanfaat pada pasien pasca bedah karena secara verbal/kata yang diucapkan tidak selalu mengandalkan koordinasi visual serta motoric.



Gambar 2. 3 Verbal Rating Scale (VRS)

3. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala ini sangat sederhana serta dengan mudah dimengerti, sensitive kepada dosis, jenis kelamin, serta perbedaan etnis. Lebih baik dari Skala VAS dalam menilai intensitas nyeri. NRS memiliki kekurangan yaitu

adanya keterbatasan dalam memilih kata guna menggambarkan rasa nyeri yang dirasakan.



Gambar 2. 4 Numeric Rating Scale (NRS)

Keterangan

1. 0 = Tidak ada keluhan nyeri, Tidak nyeri
 2. 1 – 3 = Mulai terasa dan dapat ditahan, Nyeri ringan
 3. 4 – 6 = Rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan nyeri, Nyeri sedang
 4. 7 – 10 = Rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan. meringis, menjerit bahkan teriak, Nyeri berat
4. Wong Baker Pain Rating Scale

Skala ini biasanya digunakan pada pasien anak-anak >3tahun sampai pasien dewasa yang tidak mampu menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan dengan menggunakan angka.



Gambar 2. 5 Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

2.3 Konsep Dasar Relaksasi Genggam Jari

2.3.1 Pengertian

Relaksasi genggam jari merupakan teknik yang dilakukan dengan cara menghubungkan jari tangan dan aliran energi yang ada pada tubuh. Proses stimulus yang dihubungkan itulah yang akan mengirimkan sebuah gelombang radio ke otak lalu diterima, diproses, dan ditransmisikan ke bagian saraf organ tubuh yang terasa nyeri, sehingga akan membuka bagian saluran energi yang terblokir. Terapi ini berfokus pada genggam jari sebagai pintu masuk serta pintu keluar energi yang telah berhubungan dengan organ tubuh atau emosi perasaan seseorang. Terjadinya ketidakseimbangan emosi dan perasaan seseorang akan mengakibatkan energi dalam tubuh akan terhambat sehingga akan muncul sensasi rasa nyeri serta perasaan yang tidak nyaman. Maka diharapkan dengan melakukan relaksasi genggam jari akan membebaskan energi yang terhambat tadi serta rasa aman yang kembali (Nanda & Rosyid, 2025).

2.3.2 Tujuan

Tujuan dilakukannya relaksasi genggam jari adalah untuk mengurangi rasa nyeri, rasa takut, serta rasa cemas, mengurangi perasaan panik, khawatir serta rasa ancaman, tubuh akan terasa nyaman, pikiran menjadi tenang serta emosi dapat terkontrol dengan baik, dan aliran darah dalam tubuh mengalir dengan lancar (Hakim *et al.*, 2023).

2.3.3 Indikasi

Relaksasi genggam jari dapat dilakukan pada pasien post operasi apapun dengan keluhan nyeri post operasi dan pasien dengan rasa cemas berlebih.

2.3.4 Prosedur Pelaksanaan (SOP)

Prosedur pelaksanaan teknik relaksasi genggam jari membutuhkan waktu 15 menit dengan beberapa tahapan yaitu (Astutik & Kurlinawati, 2017) :

1. Tahap Orientasi

Memberi salam kepada pasien, menjelaskan prosedur serta tujuan dari tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya, melakukan kontrak waktu serta menanyakan kesedian untuk dilakukannya tindakan.

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Memposisikan tubuh dengan tenang baik duduk maupun berbaring di atas tempat tidur
- b. Jika merasakan khawatir yang berlebih genggam ibu jari tangan dengan telapak tangan lainnya. jika merasakan takut yang berlebihan genggam jari telunjuk dengan telapak tangan lainnya, menggenggam jari tengah dengan telapak tangan lainnya apabila merasakan rasa marah yang berlebihan, menggenggam jari manis dengan telapak tangan lainnya apabila merasakan sedih yang berlebihan dan menggenggam jari kelingking dengan telapak tangan lainnya bila merasakan stress berlebih, jika merasakan nyeri

dapat menggenggam jari satu persatu secara lembut hingga terasa nadi yang berdenyut selama 2-3 menit.

- c. Menutup kedua mata, focus, lalu menarik nafas secara perlahan melalui hidung, hembuskan perlahan melalui mulut. Lakukan berulang-ulang.
- d. Mengucapkan, “rileks, semakin rileks, semakin rileks”. dan seterusnya sampai rileks.
- e. Jika sudah rileks, melakukan hipnopuntur yang diinginkan seperti, “maafkan”, “lepaskan”, “tunjukkan yang terbaik”, “rasa nyeri ini akan hilang”, dan lain-lain sesuai apa yang dirasakan.
- f. Menggunakan perintah yang sebaliknya guna menormalkan pikiran bawah sadar seperti, “rasa nyeri ini akan segera hilang”.
- g. Melepaskan genggaman jari dan mengusahakan lebih rileks.

3. Tahap Evaluasi

Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan, melakukan kontrak waktu yang akan dilakukan lagi, mencuci tangan, serta dokumentasi kegiatan

2.4 Konsep Dasar Relaksasi Nafas Dalam

2.4.1 Pengertian

Teknik relaksasi nafas dalam adalah salah satu bentuk asuhan keperawatan yang dilakukan kepada klien tentang bagaimana cara melakukan napas secara dalam, napas secara lambat (menahan fase inspirasi secara maksimal) serta bagaimana cara menghembuskan napas secara maksimal. Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan cara menarik

nafas dengan maksimal baik, menarik nafas dalam serta menghembuskan nafas sambil melepaskan rasa nyeri yang dirasakan setelah operasi. Pada saat melakukan relaksasi nafas dalam yang terjadi pada saat menarik nafas dalam adalah adanya relaksasi pada otot rangka sehingga paru membesar, suplai oksigen yang menuju ke paru-paru menjadi meningkat yang menyebabkan pori-pori Kohn pada alveoli terbuka berakibat konsentrasi oksigen yang dibawa ke titik pusat nyeri juga meningkat (Nugroho & Suyanto, 2023).

2.4.2 Tujuan

Relaksasi nafas dalam dilakukan dengan tujuan mengurangi intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru serta meningkatkan oksigenasi darah, mengurangi ketegangan otot, kebosanan, dan kecemasan. (Nugroho & Suyanto, 2023; Wahyuni *et al.*, 2024)

2.4.3 Indikasi

1. Pasien dengan nyeri akut pada tingkat ringan sampai sedang
2. Pasien dengan cemas dan stress yang berlebih
3. Pasien yang mengalami ketegangan otot

2.4.4 Prosedur Pelaksanaan (SOP)

1. Menciptakan lingkungan yang tenang bagi pasien
2. Usahakan perasaan rileks serta tenang
3. Menarik nafas perlahan dari hidung serta mengisi paru-paru dengan udara dengan hitungan 1,2,3
4. Udara dihembuskan secara perlahan melalui mulut sambil merasakan kerileksan

5. Menganjutkan bernafas dengan normal selama tiga kali
6. Menarik nafas lagi secara perlahan melalui hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan
7. Biarkan tubuh terasa rileks
8. Usahan tetap konsentrasi dengan mata terpejam
9. Pusatkan pada hal-hal yang nyaman
10. Ulangi sampai rasa tidak nyaman berkurang

2.4.5 Hal-hal yang diperhatikan

1. Posisi klien yang tepat
2. Pikiran yang tenang dan rileks
3. Lingkungan yang tenang

2.5 Konsep Dasar Appendiktomi

2.5.1 Definisi

Appendiktomi merupakan tindakan pembedahan dengan cara mengangkat appendix yang terdiagnosa appendiksitis guna mencegah resiko terjadinya perforasi serta penanganan awal perforasi yang dapat menimbulkan rasa nyeri (Nurdini & Listia, 2023).

2.5.2 Etiologi

Tindakan apendiktomi dilakukan terutama sebagai intervensi bedah pada pasien dengan diagnosis Apendisitis akut baik yang tidak rumit (uncomplicated) maupun yang rumit (complicated) antara lain apabila terdapat tanda-tanda perforasi, abses, atau risiko komplikasi tinggi karena pengangkatan segera appendix dapat mencegah perkembangan ke peritonitis, sepsis atau komplikasi lainnya (Diaz et al., 2025). Sebagai

standar perawatan, apendektomi tetap menjadi pilihan utama dalam banyak kasus apendisitis akut karena risiko kegagalan konservatif dan kebutuhan penanganan segera pada keadaan rumit (Lee & Park, 2025).

2.5.3 Tujuan

Menurut (Calpin et al., 2024) tujuan dilakukannya Appendiktomi adalah :

1. Mengatasi apendisitis akut : Mengangkat apendiks yang meradang untuk menghentikan proses inflamasi dan infeksi.
2. Mencegah komplikasi serius : Seperti perforasi apendiks → peritonitis, abses intra-abdomen, sepsis.
3. Mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan pasien : Radang apendiks menyebabkan nyeri hebat; pengangkatan apendiks menormalkan kondisi klinis pasien.
4. Mencegah risiko kematian akibat komplikasi : Terutama pada apendisitis rumit atau perforasi, tindakan cepat dengan appendiktomi menurunkan morbiditas dan mortalitas.
5. Mempercepat pemulihan : Setelah appendiktomi, pasien dapat lebih cepat kembali ke aktivitas normal dibandingkan jika infeksi dibiarkan berkembang.

2.5.4 Komplikasi

Tindakan appendiktomi, meskipun merupakan prosedur standar untuk mengatasi apendisitis, tetap berisiko menimbulkan beberapa komplikasi. Komplikasi yang paling umum meliputi infeksi luka operasi (surgical site infection), perdarahan pasca operasi, serta abses intra-abdomen akibat sisa infeksi. Selain itu, pasien dapat mengalami ileus atau

obstruksi usus sekunder akibat adhesi pasca operasi, perforasi sekunder jika apendiks sudah gangrenosa, serta komplikasi anestesi seperti reaksi obat bius atau gangguan pernapasan. Pada kasus yang terlambat ditangani atau terjadi infeksi residual yang tidak terkontrol, komplikasi serius seperti sepsis atau peritonitis dapat terjadi, yang berpotensi meningkatkan morbiditas dan mortalitas pasien (Calpin et al., 2024; Wainsani et al., 2020).

2.5.5 Indikasi

Apendiktomi dilakukan sebagai tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks yang mengalami peradangan atau infeksi. Indikasi utama adalah apendisitis akut, yaitu peradangan pada apendiks yang dapat berkembang menjadi gangrenosa, perforasi, atau menyebabkan abses intra-abdomen bila tidak segera ditangani. Selain itu, apendiktomi juga diindikasikan pada apendisitis kronik atau rekuren, yaitu nyeri berulang di perut kanan bawah akibat inflamasi ringan yang terus-menerus. Tindakan ini juga dilakukan bila terdapat komplikasi apendisitis, seperti perforasi apendiks, peritonitis lokal atau generalisata, abses periapendikuler, serta adanya massa apendiks (appendiceal mass) yang tidak dapat ditangani secara konservatif. Dalam beberapa kasus, apendiktomi juga dilakukan secara profilaksis (pencegahan) pada saat operasi abdomen lain bila ditemukan apendiks yang abnormal atau berisiko tinggi mengalami inflamasi di masa depan. Dengan demikian, tujuan utama dari tindakan ini adalah menghilangkan sumber infeksi, mencegah komplikasi, dan mempercepat proses penyembuhan pasien (Calpin et al., 2024; Lee & Park, 2025; Wainsani et al., 2020).

2.5.6 Kontraindikasi

Menurut (Nguyen & Lotfollahzadeh, 2024) kontraindikasi appendiktomi pada appendiksitis akut meliputi :

1. Ketidakmampuan mentoleransi anestesi umum
2. Ketidakmampuan mentoleransi pneumoperitoneum dengan metode laparoskopi
3. Koagulopati yang tidak dapat dikoreksi

Sedangkan appendiktomi insidental dikontraindikasikan pada kondisi berikut:

1. Pasien dengan hemodinamik tidak stabil
2. Pasien dengan diagnosis penyakit Crohn yang telah ditetapkan
3. Pasien dengan rencana terapi radiasi yang telah ditentukan sebelumnya

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah sebuah pemikiran dasar pada proses Keperawatan yang memiliki tujuan guna mengumpulkan informasi dan data tentang pasien, kebutuhan kesehatan serta Keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Ahri & Bur, 2022). Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses Keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada. Dalam pembahasan ini, pengkajian keperawatan dibagi menjadi dua bagian utama, yaitu pengumpulan data dan analisa data.

2.6.1.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara (melalui komunikasi untuk mendapatkan respon dari pasien dengan tatap muka), observasi (mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung kepada pasien), konsultasi (melakukan konsultasi kepada ahli atau spesialis), dan pemeriksaan fisik (Ummah, 2020). Data yang dibutuhkan meliputi data tentang biopsikososial dan spiritual atau data yang berhubungan dengan masalah pasien serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhi masalah pasien.

Menurut (Hadinata & Abdillah, 2022), data pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan appendiksitis meliputi :

1. Biodata

a) Identitas Klien

Nama, umur, jenis kelamin, tanggal lahir, pendidikan, pekerjaan, alamat, suku bangsa, agama, no rm, diagnose medis, tanggal mrs, tanggal operasi.

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama, umur, jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Alamat, Agama, Suku Bangsa, dan Hubungan Dengan Klien.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Pasien dengan appendiksitis biasanya memiliki keluhan yang khas yaitu nyeri yang dirasakan pada kuadran kanan bawah pada

abdomen serta nyeri pada area bekas operasi (Ida Mardalena, 2018).

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang pada saat pengkajian ialah penjabaran dari keluhan utama.

- Provokatif / palatif: Hal – hal yang memperberat dan memperingan keluhan.

Contohnya: Klien mengeluh nyeri pada area bekas luka operasi, nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang saat beristirahat atau di beri obat.

- Quality / quantity: yaitu gejala yang di rasakan tampak atau terdengar dan sejauh mana pasien merasakan keluhan utamanya.

Contoh : Nyeri dirasakan seperti di tusuk – tusuk / di peras dan biasanya membuat pasien kesulitan untuk melakukan aktivitas

- Region: Yaitu dimana gejala dirasakan, apakah menyebar,
Contohnya: Nyeri dirasakan pada luka bekas operasi, nyeri tidak 31 menjalar

- Skala: Yaitu tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien biasanya dengan skala (0-5) atau (0-10)

- Time: Kapan keluhan itu muncul, seberapa lama keluhan itu muncul.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengkaji pasien memiliki penyakit yang pernah dialami sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah di keluarga klien ada yang memiliki penyakit yang sama dengan klien atau mempunyai penyakit keturunan (Genetik) seperti Hipertensi, DM.

3) Data Psikososial dan Spiritual

Mengkaji di keluarga pasien dalam keluarga, status emotional, konsep diri, mekanisme koping, tingkat kecemasan, pola interaksi sosial.

4) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Pada pasien post Apendiktomi biasanya terjadi penurunan nafsumakan (Aneoreksia) dan mual muntah.

b) Pola Eliminasi

Pada pasien post apendiktomi biasanya di temukan penurunan jumlah urine akibat intake yang tidak adekuat akibat pembedahan.

c) Pola Istirahat

Tidur Pada pasien apendiktomi biasanya mengalami gangguan tidur karena nyeri luka operasi.

d) Personal Hygiene

Pada pasien post apendiktomi biasanya klien harus dibantu dalam melakukan personal hygiene karena adanya keterbatasan gerak akibat nyeri.

e) Aktivitas

Sehari-Hari Pada pasien post apendiktomi biasanya pasien mempunyai keterbatasan gerak akibat adanya nyeri luka operasi.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum Pasien

Setelah dilakukan pembedahan apendiktomi biasanya pasien tampak lemah, gelisah dan meringis.

b) Pemeriksaan TTV

Biasanya pada pasien post apendiktomi biasanya tanda-tanda vital yang rutin di cek adalah Tekanan Darah, Nadi, Respirasi, Suhu.

c) Pemeriksaan Fisik ROS (riveuw of system)

- Sistem Pernapasan : Pada pasien post apendiktomi biasanya menjadi perubahan pola dan frekuensi pernapasan lebih cepat akibat adanya nyeri biasanya takikardia.
- Sistem Kardiovaskuler : Pada pasien post apendiktomi biasanya di temukan tanda-tanda syok seperti takikardi (denyut jantung pasien lebih cepat dari biasanya), berkeringat, agak pucat, hipotensi dan akral dingin biasanya pernapasan dangkal.

- Sistem Pencernaan : Pada post apendiktomi biasanya di temukan distensi abdomen, mukosa bibir kering, peristaltic usus menurun, mual muntah, dan konstipasi akibat dari pembedahan.
- Sistem Perkemihan : Pada sistem perkemihan biasanya terjadi penurunan keluaran urine dan bahkan warna urine biasanya menjadi pekat, terdapat distensi kandung kemih, dan retensi urine.
- Sistem Neurologis : Pada pasien post apendiktomi biasanya nyeri yang dirasakan pasien bervariasi semua tergantung pada anggapan fisiologis dan psikologis yang dapat ditimbulkan oleh nyeri itu sendiri.
- Sistem Pendengaran : Pada pasien post apendiktomi biasanya jarang ditemukan masalah pada sistem pendengaran.
- Sistem Integumen : Pada pasien post apendiktomi biasanya di temukan luka sayatan akibat pembedahan di area abdomen, turgor kulit menurun, sianosis dan pucat.
- Sistem Muskuloskeletal : Pada pasien post apendiktomi ada keterbatasan gerak akibat adanya nyeri di area bekas operasi.

6) Pemeriksaan Penunjang

Tanda-tanda peritonitis kuadran kanan bawah, perselubungan mungkin terlihat (ileal atau caecal ileus) gambaran garis pertemuan cairan udara di sekum atau ileum.

- a) Laju edap Darah (LED) Meningkatkan pada keadaan apendisitis infiltrate
- b) Urine rutin penting untuk melihat apa ada infeksi pada ginjal
- c) Peningkatan leukosit, neutrofilia, tanpa eosinophil.
- d) Pada edema bariumpendik tidak terisi.
- e) Pemeriksaan USG untuk menentukan fekait non-klasifikasi, apendik nonferforasi, abses apendiks.

2.6.1.2 Analisa Data

Analisa data pada perumusan diagnose keperawatan adalah sebuah kemampuan kognitif seorang perawat dalam perkembangan pola fikir serta penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu serta pengetahuan yang didapat dan dimilikinya. Analisa data dalam menentukan diagnose keperawatan diawali dengan pengelompokkan data yang sudah diperoleh pada saat anamnesa, observasi, serta pemeriksaan fisik kemudian hasil yang sudah didapatkan dilakukan perbandingan dengan standar (kondisi normal), sehingga permasalahan yang telah dialami pasien dapat diketahui lalu dilakukan perumusan masalah kesehatan. Pada saat melakukan Analisa data guna perumusan atau penentuan diagnose keperawatan kemampuan seorang perawat diperlukan guna mengkaitkan serta menghubungkan data yang telah didapat dengan konsep teori, sehingga perawat bisa untuk merumuskan sebuah diagnose keperawatan yang sesuai dan tepat (Hasina et al., 2023).

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan pernyataan klinis respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap kondisi kesehatan serta proses kehidupan yang actual atau potensial yang menjadi dasar guna memilih intervensi Keperawatan untuk hasil yang diinginkan bisa tercapai (Ekaputri et al., 2024a).

Menurut (Ummah, 2020), diagnosis keperawatan terbagi menjadi :

1. Diagnosis aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada pasien.

2. Diagnosis resiko

Diagnosis ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien beresiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor resiko mengalami masalah kesehatan.

3. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosa ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Halawa, W. W., et al., (2026), menyatakan bahwa kondisi pasca operasi appendiktomi memerlukan asuhan keperawatan yang berfokus pada pengendalian

nyeri, pencegahan infeksi, dan peningkatan mobilisasi pasien. Diagnosa tersebut jika disesuaikan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) muncul diagnose keperawatan sebagai berikut:

- Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Tindakan Operasi Appendiktomi) d.d pasien mengeluh nyeri.
- Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri Post Operasi d.d pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.
- Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif Operasi Appendiktomi

2.6.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan setelah pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan. Pada tahap ini, perawat menyusun rencana tindakan yang sistematis untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang telah ditetapkan. Perencanaan keperawatan berfokus pada penentuan masalah yang harus ditangani terlebih dahulu, penyusunan tujuan dan kriteria hasil, serta pemilihan intervensi keperawatan yang tepat sesuai kebutuhan pasien. Menurut Potter et al. (2017), perencanaan keperawatan terdiri atas beberapa komponen utama, yaitu penetapan prioritas masalah, penentuan tujuan dan kriteria hasil, serta penyusunan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah pasien secara efektif. Oleh karena itu, dalam pembahasan ini perencanaan keperawatan akan diuraikan berdasarkan **prioritas masalah** dan **intervensi keperawatan** yang telah disusun sesuai kondisi pasien (Tutiany et al., 2024).

2.6.3.1 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Penentuan prioritas masalah merupakan langkah awal dalam perencanaan keperawatan yang bertujuan untuk menentukan urutan masalah yang memerlukan penanganan segera. Prioritas ditetapkan berdasarkan tingkat kegawatan, keselamatan pasien, kebutuhan dasar manusia, serta potensi komplikasi yang dapat terjadi. Penetapan prioritas membantu perawat dalam mengalokasikan tindakan keperawatan secara efektif sehingga masalah yang paling mengancam kesehatan pasien dapat ditangani terlebih dahulu (Tutiany et al., 2024).

2.6.3.2 Intervensi Keperawatan

Setelah prioritas masalah ditentukan, langkah selanjutnya adalah menyusun intervensi keperawatan yang sesuai dengan diagnosis dan tujuan yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dirancang untuk mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah kesehatan pasien serta meningkatkan status kesehatannya. Intervensi yang dipilih harus bersifat individual, rasional, dan berbasis bukti agar tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai secara optimal (Tutiany et al., 2024).

Berikut luaran dan intervensi menurut Standar Luaran Indonesia (SLKI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) sesuai dengan diagnose yang muncul pada pasien post operasi appendiktomi.

Tabel 2. 2 Luaran dan Intervensi Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Appendiktomi

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
1.	Nyeri Akut (D. 0077)	Tingkat Nyeri (L. 08066) Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteris hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri (I. 0823) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	1. Pengkajian nyeri secara komprehensif membantu perawat menentukan penyebab, tingkat keparahan, dan perkembangan nyeri sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien. 2. Penggunaan skala nyeri memungkinkan perawat

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
		6. Frekuensi nadi membaik	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur	mengukur tingkat nyeri secara objektif dan mengevaluasi efektivitas tindakan keperawatan yang telah diberikan. 3. Rasional: Respons nonverbal seperti meringis, gelisah, menangis, atau sikap protektif dapat menjadi indikator nyeri terutama pada pasien yang mengalami kesulitan mengungkapkan nyeri secara verbal. 4. Mengetahui faktor pencetus dan pereda nyeri membantu perawat dalam menentukan tindakan yang tepat untuk mengurangi ketidaknyamanan pasien. 5. Persepsi dan keyakinan pasien terhadap nyeri dapat memengaruhi respons dan kepatuhan terhadap terapi yang diberikan. 6. Latar belakang budaya dapat memengaruhi cara pasien mengekspresikan

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
			13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	dan mengatasi nyeri sehingga perlu dipertimbangkan dalam pemberian asuhan keperawatan. 7. Nyeri yang tidak teratasi dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, pola tidur, mobilitas, dan kondisi psikologis pasien. 8. Evaluasi diperlukan untuk mengetahui efektivitas terapi nonfarmakologis dalam menurunkan intensitas nyeri. 9. Analgetik dapat menimbulkan efek samping seperti mual, muntah, konstipasi, sedasi, dan depresi pernapasan sehingga perlu dilakukan pemantauan secara berkala. 10. Teknik relaksasi, distraksi, terapi musik, aromaterapi, kompres hangat/dingin, dan imajinasi terbimbing dapat menstimulasi pelepasan endorfin sehingga

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
				membantu menurunkan persepsi nyeri. 11. Lingkungan yang nyaman dapat membantu menurunkan stimulasi berlebihan yang dapat meningkatkan persepsi nyeri. 12. Istirahat yang cukup membantu meningkatkan toleransi pasien terhadap nyeri dan mempercepat proses penyembuhan. 13. Setiap jenis nyeri memiliki karakteristik berbeda sehingga memerlukan pendekatan penatalaksanaan yang berbeda pula. 14. Informasi yang adekuat dapat mengurangi kecemasan dan meningkatkan pemahaman pasien terhadap kondisi yang dialaminya. 15. Pasien yang memahami cara mengontrol nyeri akan lebih

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
				aktif dalam proses penyembuhan. 16. Pemantauan mandiri membantu pasien mengenali perubahan intensitas nyeri dan melaporkannya kepada tenaga kesehatan. 17. Penggunaan analgesik sesuai dosis dan jadwal dapat meningkatkan efektivitas terapi serta mencegah efek samping. 18. Teknik nonfarmakologis dapat digunakan sebagai terapi pendamping untuk meningkatkan efektivitas pengendalian nyeri. 19. Analgetik bekerja menghambat transmisi impuls nyeri sehingga membantu menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien. Kolaborasi diperlukan untuk memastikan jenis, dosis,

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
				dan rute pemberian sesuai kondisi pasien.
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)	Mobilitas Fisik (L.05042)) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan Mobilitas Fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (L.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	1. Nyeri, kelemahan, pusing, sesak napas, dan ketidaknyamanan dapat menghambat kemampuan pasien untuk melakukan mobilisasi. Pengkajian awal diperlukan untuk menentukan tingkat bantuan yang dibutuhkan pasien selama bergerak. 2. Penilaian toleransi aktivitas membantu menentukan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi serta mencegah terjadinya kelelahan atau cedera selama aktivitas fisik. 3. Perubahan hemodinamik dapat terjadi selama mobilisasi. Pemantauan tanda vital membantu mendeteksi ketidakstabilan kardiovaskular yang dapat membahayakan pasien selama aktivitas.

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
			9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	4. Pemantauan kondisi pasien selama mobilisasi diperlukan untuk mendeteksi tanda intoleransi aktivitas seperti pusing, sesak napas, pucat, kelemahan, takikardia, atau hipotensi ortostatik sehingga tindakan dapat segera disesuaikan. 5. Penggunaan alat bantu meningkatkan keamanan pasien selama bergerak dan mengurangi risiko jatuh serta cedera akibat keterbatasan mobilitas. 6. Bantuan perawat selama mobilisasi membantu pasien melakukan aktivitas secara bertahap sesuai kemampuan fisiknya serta meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam bergerak. 7. Dukungan keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap dan berkelanjutan.

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
				Keterlibatan keluarga juga membantu mempercepat proses adaptasi pasien terhadap aktivitas sehari-hari. 8. Pemahaman yang baik mengenai manfaat mobilisasi dapat meningkatkan motivasi dan partisipasi pasien dalam menjalankan program mobilisasi yang direncanakan. 9. Mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat pemulihan fungsi tubuh, mencegah komplikasi akibat tirah baring, dan mempercepat penyembuhan luka pasca operasi. 10. obilisasi bertahap memungkinkan pasien beradaptasi dengan aktivitas fisik sesuai kondisinya sehingga dapat meningkatkan kekuatan otot, keseimbangan tubuh,

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
				dan kemampuan fungsional secara aman.
3.	Resiko Infeksi (D. 0142)	Tingkat Infeksi (L. 14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan Tingkat Infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I. 14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	1. Pemantauan tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri, peningkatan suhu tubuh, keluarnya cairan atau pus dari luka, serta peningkatan jumlah leukosit diperlukan untuk mendeteksi infeksi secara dini sehingga dapat segera dilakukan penanganan yang tepat. 2. Pembatasan pengunjung dapat mengurangi risiko paparan mikroorganisme dari lingkungan luar yang berpotensi menyebabkan infeksi nosokomial pada pasien pasca operasi. 3. Cuci tangan merupakan tindakan paling efektif dalam mencegah transmisi mikroorganisme penyebab infeksi. 4. Teknik aseptik bertujuan mencegah kontaminasi mikroorganisme pada luka

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
			11. Anjurkan asupan cairan meningkatkan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	operasi dan prosedur invasif sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya infeksi. 5. Pengetahuan yang baik mengenai tanda infeksi membantu pasien mengenali gejala secara dini dan segera mencari pertolongan apabila terjadi komplikasi. 6. Cuci tangan yang benar dapat memutus rantai penularan mikroorganisme dan mengurangi risiko infeksi pada pasien maupun keluarga. 7. Etika batuk membantu mencegah penyebaran droplet yang mengandung mikroorganisme penyebab infeksi kepada orang lain. 8. Pasien yang mampu melakukan observasi mandiri terhadap luka operasi dapat lebih cepat mengenali adanya tanda infeksi seperti kemerahan,

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		SLKI (NOC)	SIKI (NIC)	
				bengkak, nyeri, atau keluarnya cairan abnormal. 9. Nutrisi yang adekuat, terutama protein, vitamin A, vitamin C, dan zinc, berperan penting dalam meningkatkan sistem imun dan mempercepat proses penyembuhan luka. 10. Cairan yang cukup membantu mempertahankan hidrasi jaringan, mendukung fungsi sistem imun, dan mempercepat proses metabolisme tubuh dalam melawan infeksi. 11. Imunisasi dapat meningkatkan kekebalan tubuh terhadap mikroorganisme tertentu sehingga membantu mencegah terjadinya penyakit infeksi pada pasien yang berisiko.

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan seorang perawat guna membantu pasien yang memiliki masalah pada kesehatannya (Ekaputri et al., 2024a). Definisi implementasi Keperawatan menurut Nursalam (2020) merupakan tahap saat perawat melakukan pengaplikasian rencana asuhan Keperawatan dalam bentuk sebuah intervensi Keperawatan untuk memberikan bantuan kepada pasien yang memiliki tujuan yang sudah ditetapkan. Tujuan dilakukannya implementasi Keperawatan adalah membantu pasien guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan dimana mencakup kesehatan yang meningkat, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan serta koping difasilitasi secara baik jika pasien memiliki keinginan guna berpartisipasi pada implemementasi asuhan Keperawatan (Polopadang & Hidayah, 2019).

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan adalah tahap paling akhir pada proses Keperawatan untuk menilai dalam menentukan sejauh mana sebuah tujuan dari rencana intervensi Keperawatan sudah tercapai (Ekaputri et al., 2024a). Proses evaluasi Keperawatan merupakan proses yang sistematis dimana melibatkan pengumpulan data, analisis data, serta penarikan kesimpulan pada capaian tujuan dilakukannya perawatan dan respon pasien pada intervensi yang dilakukan. Evaluasi Keperawatan harus berdasarkan pada bukti ilmiah serta praktik Keperawatan yang baik pada profesi Keperawatan guna memastikan perawatan yang sudah diberikan sudah sesuai dengan standar professional yang telah ditetapkan. Hasil dari evaluasi Keperawatan

juga harus dilakukan dokumentasi secara akurat serta lengkap pada catatan perkembangan perawatan pasien guna informasi yang sudah terkumpul bisa dilakukannya akses serta dipergunakan untuk pedoman perawatannya selanjutnya dan bisa memenuhi persyaratan standar dokumentasi Keperawatan (Toney-Butler & Thayer, 2023). Secara umum, evaluasi keperawatan terdiri atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

2.6.5.1 Evaluasi Formatif (Evaluasi Proses)

Pada evaluasi formatif difokuskan terhadap proses serta hasil intervensi keperawatan. Dimana evaluasi ini dilakukan setelah perawat menerapkan atau melakukan rencana intervensi keperawatan guna menilai seberapa efektif tindakan yang telah diberikan. Proses evaluasi formatif diharuskan dilakukan secepat mungkin setelah dilakukan perencanaan lalu berlanjut hingga tujuan keperawatan telah tercapai. Pada evaluasi ini, seorang perawat dapat menganalisis respons pasien pada tindakan keperawatan yang telah diberikan (Ekaputri et al., 2024). Dalam proses keperawatan, hasil evaluasi formatif umumnya dikategorikan menjadi **masalah belum teratasi, teratasi sebagian, dan teratasi**. Kategori ini ditentukan berdasarkan perbandingan antara kondisi pasien dengan tujuan dan luaran yang telah ditetapkan sebelumnya. Menurut Deswani (2019), evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir proses keperawatan yang bertujuan menilai keberhasilan tindakan keperawatan dengan membandingkan kondisi pasien terhadap tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi dapat menunjukkan masalah belum teratasi,

teratasi sebagian, atau teratasi seluruhnya. Selain itu, Nursalam (2020) menjelaskan bahwa evaluasi dilakukan secara berkesinambungan untuk menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai, perlu direvisi, atau memerlukan modifikasi intervensi.

1. Masalah Keperawatan Belum Teratasi

Masalah keperawatan dinyatakan **belum teratasi** apabila tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan belum tercapai atau tidak menunjukkan perubahan yang berarti setelah dilakukan intervensi keperawatan.

2. Masalah Keperawatan Teratasi Sebagian

Masalah keperawatan dinyatakan **teratasi sebagian** apabila terdapat kemajuan atau perbaikan kondisi pasien, tetapi tujuan dan kriteria hasil belum tercapai secara optimal sehingga intervensi perlu dilanjutkan.

3. Masalah Keperawatan Teratasi

Masalah keperawatan dinyatakan **teratasi** apabila tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan tercapai sesuai target sehingga intervensi dapat dihentikan atau dimodifikasi.

2.6.5.2 Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif dilakukan setelah semua tindakan keperawatan sudah dilakukan. Hal tersebut memiliki tujuan guna menilai serta memantau kualitas asuhan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien. Metode yang biasanya digunakan pada evaluasi ini adalah wawancara di akhir layanan keperawatan, bertanya bagaimana tanggapan pasien serta keluarga tentang layanan keperawatan, dan adanya pertemuan pada akhir pelayanan keperawatan.

Evaluasi sumatif bertujuan guna menentukan apakah perawatan yang telah diberikan mencapai hasil yang diharapkan. Ada tiga hasil evaluasi yang biasanya diberikan tentang bagaimana tujuan keperawatan telah tercapai:

1. Tujuan tercapai dilihat bila status kesehatan pasien meningkat atau ada kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan diawal.
2. Tujuan tidak tercapai bila status kesehatan pasien tidak mengalami peningkatan atau tidak ada kemajuan serta adanya masalah baru selama proses keperawatan berlangsung. Seorang perawat wajib mengambil langkah yang konkrit guna melakukan pengkajian lebih mendalam serta melakukan evaluasi kembali apakah implementasi keperawatan, diagnosa keperawatan, serta kriteria hasil apakah sudah sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien sehingga status kesehatan pasien dapat meningkat.