

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Apendiktomi

1. Pengertian Apendiktomi

Apendektomi merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks atau usus buntu yang mengalami peradangan, terutama pada kondisi apendisitis akut. Prosedur ini bertujuan untuk menghilangkan sumber infeksi sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi yang lebih berat, seperti perforasi, abses, maupun peritonitis (Dwiryanto, 2025).

Apendektomi termasuk salah satu prosedur tindakan bedah yang paling kerap dilakukan pada kasus kegawatdaruratan di bidang abdomen. Tindakan ini bisa dilakukan dengan dua metode utama, yaitu apendektomi terbuka (open appendectomy) yang dilakukan melalui sayatan pada dinding perut, serta apendektomi laparoskopi, yaitu teknik pembedahan minimal invasif yang menggunakan kamera dan alat khusus melalui sayatan yang lebih kecil. Kedua metode tersebut bertujuan untuk mengangkat apendiks yang mengalami peradangan serta mempercepat proses pemulihan pasien (Ahmed, 2024).

2. Patofisiologis

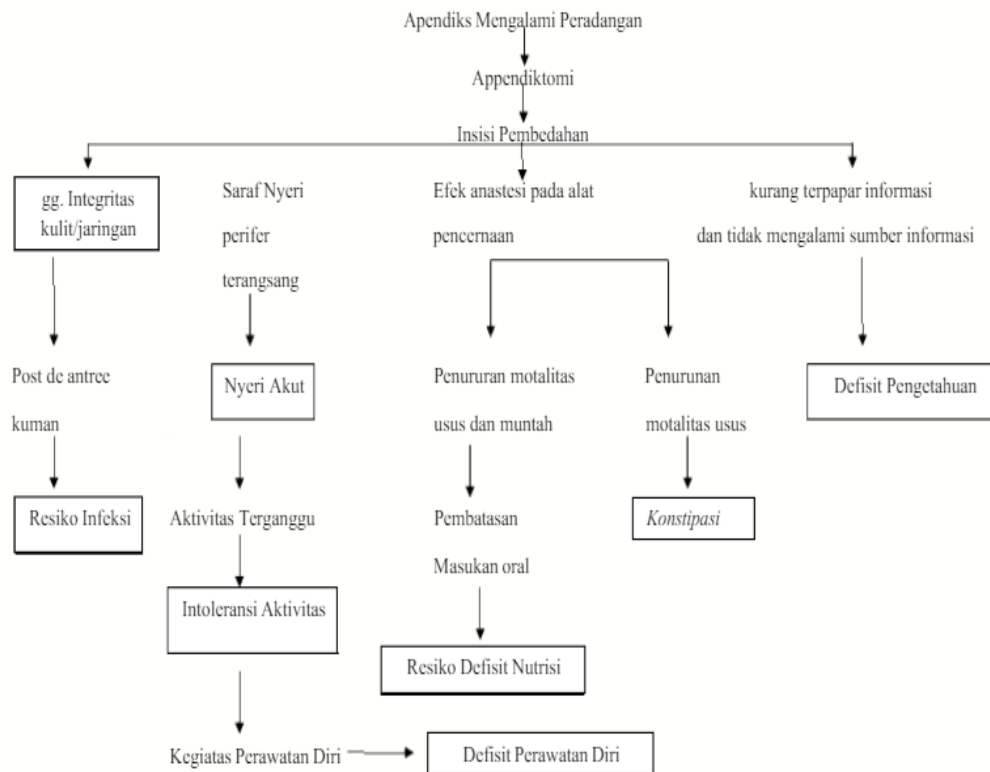
Patofisiologi apendisitis dimulai dari adanya sumbatan pada lumen apendiks yang dapat disebabkan oleh fekalit, hiperplasia jaringan limfoid, maupun faktor lainnya. Sumbatan ini menyebabkan peningkatan tekanan di dalam lumen akibat penumpukan mukus serta pertumbuhan bakteri. Selanjutnya, terjadi gangguan perfusi darah yang mengakibatkan iskemia pada dinding apendiks. Keadaan tersebut memicu terjadinya proses inflamasi yang bersifat progresif

hingga berkembang menjadi infeksi. Apabila tidak segera ditangani, kondisi ini dapat berlanjut menjadi nekrosis, perforasi, hingga peritonitis. Oleh karena itu, apendisitis umumnya memerlukan tindakan pembedahan berupa apendiktomi sebagai terapi definitif (Wibawa dkk., 2024).

3. Manifestasi Klinis Apendiktomi

Manifestasi klinis apendisitis umumnya diawali dengan nyeri abdomen yang kemudian menjalar ke bagian kanan bawah, disertai adanya nyeri tekan pada titik McBurney. Gejala lain yang sering menyertai meliputi mual, muntah, anoreksia, demam, serta rasa tidak nyaman umum (*malaise*). Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik bisa ditandai dengan nyeri lepas (*rebound tenderness*), serta tanda Rovsing, psoas, dan obturator. Selain itu, hasil pemeriksaan laboratorium biasanya menunjukkan peningkatan jumlah leukosit sebagai indikasi adanya proses inflamasi. Gambaran klinis tersebut menunjukkan adanya peradangan akut pada apendiks yang memerlukan penanganan segera, salah satunya melalui tindakan apendiktomi (Pratama, 2022).

4. Pathway



Sumber : (Aprilia, 2022)

5. Klasifikasi

Apendiktomi dapat diklasifikasikan berdasarkan teknik operasi, waktu pelaksanaan, dan kondisi apendiks. Berdasarkan teknik operasi, apendiktomi dibedakan menjadi apendiktomi terbuka dan laparoskopi. Berdasarkan waktu pelaksanaan, tindakan ini dapat dilakukan secara emergensi maupun elektif, tergantung tingkat keparahan apendisitis. Selain itu, berdasarkan kondisi apendiks, apendiktomi dilakukan pada apendisitis tanpa komplikasi maupun dengan komplikasi seperti perforasi, abses, atau peritonitis. Klasifikasi ini penting dalam menentukan jenis intervensi yang sesuai dengan kondisi klinis pasien (Kurniadi dkk., 2023).

6. Komplikasi

Komplikasi pasca apendiktomi adalah kondisi yang dapat muncul setelah prosedur pengangkatan apendiks, baik berupa komplikasi ringan maupun berat. Komplikasi yang paling umum terjadi antara lain infeksi pada luka operasi, abses intraabdomen, ileus, serta peritonitis. Risiko terjadinya komplikasi tersebut meningkat pada kasus apendisitis perforasi, keterlambatan dalam penanganan, serta dipengaruhi oleh faktor pasien seperti usia dan kondisi kesehatan secara umum. Selain itu, metode pembedahan juga berperan dalam menentukan angka kejadian komplikasi, di mana teknik laparoskopi umumnya dikaitkan dengan risiko infeksi luka yang lebih rendah dibandingkan dengan metode operasi terbuka (Madany, 2025).

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada apendisitis memiliki peran penting dalam menegakkan diagnosis sebelum dilakukan tindakan apendiktomi. Jenis pemeriksaan yang umum digunakan meliputi ultrasonografi (USG), CT-scan, serta pemeriksaan laboratorium meliputi (Lera Dkk., 2024)

1. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi: terlihat adanya pembengkakan pada rongga abdomen yang ditandai dengan dinding perut tampak tegang atau mengalami distensi.
- 2) Palpasi: pada daerah perut kanan bawah akan timbul nyeri tekan, serta nyeri bertambah saat tekanan dilepaskan (tanda Blumberg), yang merupakan indikator penting dalam diagnosis apendisitis akut.
- 3) Nyeri abdomen akan semakin meningkat ketika tungkai kanan ditekuk kuat atau diangkat tinggi (tanda psoas).

- 4) Dugaan apendisitis semakin kuat apabila pada pemeriksaan dubur atau vagina juga menimbulkan rasa nyeri.
- 5) Suhu rektal yang lebih tinggi dibandingkan suhu aksila turut mendukung adanya peradangan pada apendiks.
- 6) Pada apendiks yang berlokasi retrosekal, tanda psoas cenderung positif sementara tanda iritasi peritoneum kurang jelas. Sebaliknya, jika apendiks berada di rongga pelvis, tanda obturator akan positif dan tanda iritasi peritoneum tampak lebih nyata.

2. Pemeriksaan laboratorium

Terjadi peningkatan jumlah leukosit berkisar antara 10.000–18.000/mm³. Apabila jumlah leukosit melebihi nilai tersebut, kemungkinan telah terjadi perforasi pada apendiks.

3. Pemeriksaan radiologi

- 1) Foto polos abdomen dapat menunjukkan adanya fekalit, meskipun jarang memberikan hasil yang signifikan.
- 2) Pemeriksaan penunjang lain yang lebih akurat meliputi ultrasonografi (USG) dan CT-scan. Pada kasus kronis, dapat dilakukan pemeriksaan tambahan seperti foto rontgen abdomen, USG abdomen, dan apendikogram.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan apendiktomi meliputi tahap pra operasi, intra operasi, dan pasca operasi. Pada tahap pasca operasi, intervensi keperawatan seperti manajemen nyeri & mobilisasi dini terbukti efektif dalam mempercepat pemulihan pasien serta menurunkan intensitas nyeri (Sulaiman, 2025).

Pada penatalaksanaan apendisitis menurut Brunner & Suddarth (2010) dalam (Cahyaningrum, 2021) :

1) Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam waktu 8–12 jam sejak timbulnya gejala awal, pasien perlu dilakukan observasi secara teliti dikarena tanda dan gejala apendisitis belum tampak jelas. Pasien dianjurkan untuk tirah baring serta menjalani puasa. Pemberian laksatif tidak dianjurkan apabila terdapat kecurigaan apendisitis. Penegakan diagnosis umumnya didasarkan pada munculnya nyeri yang terlokalisasi di kuadran kanan bawah abdomen setelah onset keluhan.

2) Terapi antibiotik

Pemberian antibiotik diindikasikan pada kasus apendisitis gangrenosa atau yang telah mengalami perforasi. Sementara itu, pada apendisitis tanpa komplikasi, antibiotik umumnya tidak diperlukan. Penundaan tindakan pembedahan dengan hanya mengandalkan terapi antibiotik dapat meningkatkan risiko terjadinya abses maupun perforasi.

3) Tindakan operasi

Tindakan pembedahan berupa apendiktomi merupakan terapi utama untuk mengatasi apendisitis. Prosedur ini perlu segera dilakukan guna mencegah terjadinya perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dengan anestesi umum melalui pembedahan abdomen bagian bawah maupun dengan teknik laparoskopi. Apendiktomi dapat dilakukan melalui dua metode, yaitu teknik terbuka (laparatomi

konvensional) dan teknik laparoskopi. Teknik laparoskopi merupakan metode minimal invasif yang lebih modern dan dinilai efektif dalam penatalaksanaan apendisitis.

B. Konsep Dasar Masalah Penurunan Skala Nyeri Post Operasi

1. Pengertian Nyeri

Menurut Hidayat (2009) dalam Fauziah (2020) nyeri adalah suatu sensasi tidak menyenangkan yang bersifat sangat subjektif, sebab tingkat maupun intensitas nyeri dapat berbeda-beda pada setiap individu. Persepsi terhadap nyeri hanya dapat dirasakan dan dijelaskan oleh orang yang mengalaminya, sehingga sulit untuk dinilai secara objektif melalui pemeriksaan medis seperti pemeriksaan darah.

Nyeri juga dapat diartikan sebagai suatu kondisi dimana menimbulkan rasa tidak nyaman akibat adanya rangsangan fisik atau aktivitas serabut saraf yang mengirimkan impuls ke otak.. Kondisi ini biasanya disertai dengan berbagai respons tubuh, baik secara fisik, fisiologis, maupun emosional (Wibowo, 2020).

2. Data Mayor dan Minor

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

1. Gejala dan tanda mayor:

1) Data subyektif:

- a. Pasien mengeluh adanya rasa nyeri

2) Data obyektif:

- a. Pasien tampak meringis
- b. Menunjukkan sikap protektif seperti menghindari posisin yang menimbulkan rasa nyeri.

- c. Tampak gelisah
- d. Terjadi peningkatan frekuensi nadi
- e. Mengalami kesulitan tidur

2. Tujuan (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- a. Keluhan nyeri berkurang (5)
- b. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5)
- c. Diaforesis menurun (5)
- d. Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah menunjukkan perbaikan (5)

3. Rencana intervensi dalam (SIKI, 2018):

1) Observasi

- a. Mengidentifikasi tempat, ciri-ciri, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- b. Mengkaji skala nyeri
- c. Mengamati respon nonverbal terhadap nyeri
- d. Mengidentifikasi faktor yang menambah dan menurunkan intensitas nyeri
- e. Menilai pengetahuan serta keyakinan terkait nyeri
- f. Mengidentifikasi dampak budaya pada respon nyeri
- g. Mengkaji dampak nyeri pada kualitas hidup pasien
- h. Memantau eektivitas terapi komplementer yang telah diberikan
- i. Mengobservasi efek samping dari penggunaan analgetik

2) Terapeutik

- a. Memberikan intervensi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri seperti TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain
- b. Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat memperparah nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan serta memfasilitasi istirahat dan tidur
- c. Mempertimbangkan jenis dan asal nyeri dalam menentukan strategi penanganan yang tepat.

3) Edukasi

- a. Menjelaskan sumber, durasi, dan factor yang memicu nyeri
- b. Memberikan informasi mengenai cara mengurangi rasa nyeri
- c. Menganjurkan pasien untuk memantau nyeri secara mandiri
- d. Mengedukasi penggunaan analgetik secara tepat
- e. Mengajarkan teknik nonfarmakologis guna menurunkan intensitas nyeri

4) Kolaborasi

- a. Bekerja sama dengan tim dalam pemberian analgetik

3. Mekanisme terjadinya Nyeri

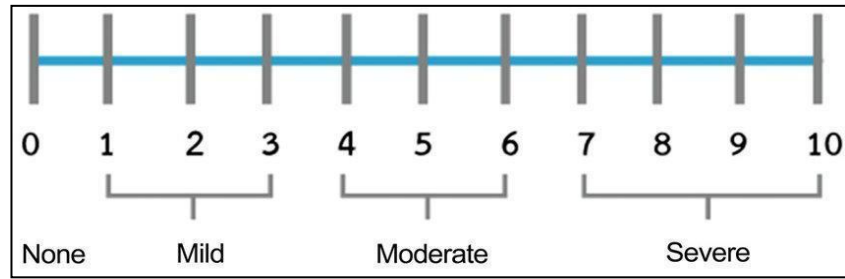
Mekanisme terjadinya nyeri ialah proses yang melibatkan sistem saraf dari penerimaan rangsangan hingga dipersepsikan oleh otak. Proses ini terdiri dari beberapa tahap, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi merupakan tahap ketika rangsangan yang merusak jaringan, seperti rangsangan

mekanik, kimia, atau termal, diterima oleh nosiseptor dan diubah menjadi impuls listrik. Selanjutnya pada tahap transmisi, impuls nyeri disampaikan lewat serabut saraf sampai medula spinalis dan diteruskan ke otak melalui jalur saraf tertentu. Setelah itu terjadi modulasi, yaitu proses pengaturan impuls nyeri di sistem saraf pusat yang dapat memperkuat atau menghambat sinyal nyeri. Tahap terakhir adalah persepsi, yaitu proses ketika otak menginterpretasikan impuls tersebut sehingga individu menyadari dan merasakan nyeri (Puspitasari, 2024).

4. Pengukuran Skala Nyeri

Pengukuran nyeri secara objektif dapat dilakukan dengan mengamati respons fisiologis tubuh terhadap rangsangan nyeri. Meskipun demikian, metode ini belum sepenuhnya mampu menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan secara tepat, karena nyeri bersifat subjektif dan hanya dapat dirasakan oleh individu yang mengalaminya (Purwanti, 2023).

Salah satu alat ukur yang umum digunakan untuk menilai intensitas nyeri adalah Numeric Rating Scale (NRS). Skala ini menggunakan rentang nilai dari 0 hingga 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. Nilai 0 menunjukkan tidak adanya nyeri, nilai 1–3 mengindikasikan nyeri ringan, nilai 4–6 menunjukkan nyeri sedang, sedangkan nilai 7–10 menggambarkan nyeri berat. Skala numerik ini sering digunakan untuk mengevaluasi tingkat nyeri pasien, baik sebelum maupun setelah dilakukan intervensi terapeutik (Alif, 2023).



Gambar 2. 1 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Sumber (Alif, 2023b)

5. Manajemen Nyeri

a) Manajemen Nyeri Farmakologis

Manajemen nyeri farmakologis merupakan suatu usaha penanganan nyeri yang dilakukan melalui pemberian obat-obatan analgesik. Obat tersebut bekerja dengan memengaruhi sistem saraf sehingga dapat mengurangi atau menghambat penghantaran rangsangan nyeri, sehingga tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien menjadi lebih rendah (Mahmud & Rezkiawan, 2019).

Manajemen nyeri farmakologis merupakan salah satu metode utama dalam penatalaksanaan nyeri yang dilakukan dengan pemberian obat analgesik seperti opioid, non-opioid, dan obat adjuvan. Obat-obatan tersebut bekerja dengan menghambat transmisi rangsangan nyeri pada sistem saraf sehingga tingkat nyeri yang pasien rasakan bisa menurun. Pendekatan farmakologis sering digunakan pada pasien dengan nyeri akut maupun nyeri pasca operasi untuk meningkatkan kenyamanan dan mempercepat proses pemulihan pasien (Karimah dkk., 2024).

b) Manajemen Nyeri Non Farmakologis

Manajemen nyeri non-farmakologis merupakan cara mengatasi nyeri dengan tidak mengonsumsi obat-obatan, tetapi melalui berbagai intervensi seperti teknik relaksasi, distraksi, kompres hangat atau dingin, serta aromaterapi.

Pendekatan ini bertujuan menurunkan persepsi nyeri dengan memengaruhi respon fisiologis dan psikologis pasien sehingga dapat meningkatkan rasa nyaman serta mendukung proses pemulihan (Nuryanti dkk., 2020).

Manajemen nyeri non-farmakologis merupakan cara penanganan nyeri yang dilakukan tanpa pemberian obat, tetapi menggunakan berbagai teknik seperti relaksasi, distraksi, kompres, dan aromaterapi. Salah satu terapi yang sering dimanfaatkan adalah aromaterapi lavender dikarenakan dapat memberikan rasa menenangkan yang bisa membantu mengurangi intensitas nyeri pada pasien. (Steven, 2024).

C. Konsep Aroma Terapi Lavender

1. Pengertian Aroma Terapi Lavender

Aromaterapi lavender ialah salah satu terapi yang menggunakan minyak esensial dari bunga lavender (*Lavandula angustifolia*). Terapi ini dapat diberikan melalui metode inhalasi maupun aplikasi topikal untuk memberi rasa tenang, menenangkan sistem saraf, juga dapat membantu menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan pada pasien. Kandungan linalool dan linalyl acetate pada lavender diketahui memiliki efek menenangkan yang dapat memengaruhi sistem saraf sehingga membantu menurunkan persepsi nyeri (Wulandari dkk., 2024).

Aromaterapi lavender memiliki kandungan senyawa aktif seperti linalool dan linalyl acetate yang berperan dalam memberikan efek menenangkan serta membantu meredakan nyeri, sehingga dapat menurunkan tingkat intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien (Khansa'Ali & Rochmawati, 2023).

2. Mekanisme kerja aroma terapi lavender menurunkan skala nyeri

Mekanisme kerja aromaterapi lavender dalam menurunkan nyeri terjadi melalui rangsangan pada reseptor penciuman di hidung yang kemudian meneruskan impuls saraf menuju sistem limbik di otak. Aktivasi pada sistem limbik tersebut dapat memicu pelepasan hormon endorfin yang memberikan efek relaksasi sekaligus analgesik, sehingga mampu mengurangi persepsi nyeri pada pasien. Selain itu, senyawa aktif yang terdapat dalam lavender, yaitu linalool dan linalyl acetate, juga memiliki efek menenangkan serta berperan dalam menghambat proses penghantaran rangsangan nyeri (Pardesri & Susilowati, 2025).

3. Prosedur pemberian aroma terapi lavender

Beberapa jenis pemberian aromaterapi lavender melalui metode inhalasi adalah salah satu bentuk terapi komplementer non-farmakologis yang dilakukan dengan cara menghirup aroma minyak esensial lavender yang menggunakan kasa dalam Septiani dkk., (2023) sebagai berikut :

a) Pengertian

Aromaterapi lavender merupakan salah satu metode yang bisa digunakan untuk mengurangi penyebab dari rasa nyeri. Aroma yang berasal dari aromaterapi bekerja mempengaruhi emosi seseorang dengan limbic (lewat sistem olfaktori) dan pusat emosi otak. Bau yang berasal dari aromaterapi diterima oleh reseptor dihidung kemudian dikirimkan ke bagian otak medulla spinalis di otak, didalam hal ini kemudian akan meningkatkan gelombang – gelombang alfa di otak dan gelombang – gelombang alfa inilah yang membantu untuk merasa relaksi

b) Tujuan

Aromaterapi lavender yang mempunyai efek menenangkan. Lavender dapat memberikan ketenangan, keseimbangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan, dan keyakinan. Disamping itu lavender juga dapat mengurangi rasa tertekan, stress, rasa sakit (nyeri).

c) Tahap Persiapan

Pra interaksi :

- a. Siapkan lingkungan jaga privasi klien
- b. Persiapan pasien
- c. Melihat/mengidentifikasi rasa nyeri yang di alami pasien

Persiapan Alat :

- a. Minyak essensial aromaterapi lavender
- b. Kassa/Kapas

d) Tahap Pelaksanaan

Orientasi :

- a. Beri salam, perkenalkan diri
- b. Kontrak waktu prosedur
- c. Jelaskan tujuan prosedur
- d. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya
- e. Meminta persetujuan pasien / keluarga
- f. Menyiapkan lingkungan dengan menjaga privasi pasien
- g. Menyiapkan alat ke dekat tempat tidur pasien

Tahap Kerja :

- a. Mencuci tangan dengan 6 langkah

- b. Mengukur skala nyeri yang dialami pasien
 - c. Mengatur posisi nyaman menurut pasien
 - d. Teteskan minyak esensial oil lavender 3 – 5 tetes pada tissue / kapas
 - e. Anjurkan pasien untuk menghirup secara perlahan dengan jarak 10 cm dari hidung selama kurang lebih 15 menit
 - f. Tindakan ini dilakukan 3 kali sekali selama masa perawatan.
- e) Tahap terminasi
- a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan kegiatan
 - c. Kontrak waktu selanjutnya
 - d. Tutup kegiatan, ucapkan salam
- f) Dokumentasi
- a. Mencatat kondisi pasien
 - b. Mencatat respon pasien
 - c. Mencatat hasil pemeriksaan pasien.

D. Evidence Based Practice (EBP) Aroma Terapi Lavender dalam menurunkan Nyeri

Tabel 2.1 riview jurnal

No.	Nama Penulis	Judul	Metode	Hasil
1	Adzani, A., & Rosyid, F. N. (2025).	Efektivitas Penggunaan Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi	Literature Review dengan menelaah beberapa artikel penelitian tentang aromaterapi lavender pada pasien post operasi	Aromaterapi lavender terbukti efektif menurunkan intensitas nyeri dan dapat digunakan sebagai terapi komplementer pada pasien pasca operasi.
2	Afrian & Fitriana (2020)	Penerapan Teknik Distraksi Relaksasi Aromaterapi Lavender untuk Menurunkan Nyeri Pasien Post Operasi Apendiktomi di RSUD RA Kartini Jepara	Studi kasus deskriptif, 2 pasien post apendiktomi, intervensi 2 kali sehari selama 2 hari	Skala nyeri responden 1 turun dari 6 menjadi 3, responden 2 turun dari 5 menjadi 3. Aromaterapi lavender efektif menurunkan nyeri post apendiktomi.
3	Putri, Pinata, & Prasetyawan (2023)	Penerapan Pemberian Aromaterapi Lavender pada Asuhan Keperawatan Klien Post Op Apendiktomi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut	Studi kasus dengan pendekatan Evidence Based Nursing (EBN), 2 pasien post apendiktomi	Pemberian 5 tetes lavender melalui inhalasi selama 10 menit menurunkan skala nyeri rata-rata 1 tingkat pada setiap pemberian
4	Rustiawati, Sulastri, & Virna (2024)	Aromaterapi dalam Menurunkan Nyeri pada Pasien Post Operasi Apendiktomy dengan Pendekatan Studi Kasus	Deskriptif studi kasus, 2 pasien post apendiktomi selama 3×24 jam	Setelah pemberian aromaterapi lavender, nyeri berkurang dari kategori sedang menjadi lebih ringan dan pasien tampak lebih nyaman.

5	Aryanti & Siyamti (2025)	The Use of Deep Breathing Relaxation and Lavender Aromatherapy for Acute Pain Management in Post-Appendectomy Patients: A Case Study	Deskriptif dengan pendekatan studi kasus pada pasien post-appendectomy	Kombinasi relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender membantu mengurangi nyeri akut serta meningkatkan kenyamanan pasien selama perawatan

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan salah satu interaksi yang berlangsung antara perawat dan pasien dengan lingkungannya, yang bertujuan untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar serta mendorong kemandirian pasien dalam menjalani perawatan diri (Permenkes RI, 2019). Selain itu, asuhan keperawatan juga dapat dipahami sebagai suatu proses sistematis dalam praktik keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada individu atau kelompok di berbagai jenis layanan kesehatan. Proses ini dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip keperawatan profesional yang didasari oleh ilmu pengetahuan dan seni keperawatan, berlandaskan pendekatan humanistik, serta diarahkan untuk memenuhi kebutuhan klien dalam menyelesaikan permasalahan kesehatannya (Arif, 2025).

1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pernyataan klinis yang menggambarkan respons individu, keluarga, atau kelompok terhadap kondisi kesehatan yang sedang dialami. Diagnosis ini menjadi dasar bagi perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan menentukan intervensi keperawatan yang

menjadi tanggung jawab profesionalnya guna mencapai hasil yang optimal (Sari Daniela Payung, 2022).

Menurut Winda Febriyanti (2022), Masalah keperawatan utama pada post operasi apendiktomi diantaranya :

Tabel 2. 2 Diagnosa Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Kode SDKI	Etiologi	Tanda Dan Gejala
1.	Nyeri Akut	D.0077	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Mengeluh nyeri, meringis, gelisah, peningkatan nadi, sulit tidur
2.	Risiko Hipovolemia	D.0034	Kehilangan cairan akibat tindakan operasi	Faktor risiko: perdarahan, intake cairan kurang
3.	Risiko Infeksi	D.0142	Prosedur invasif (luka operasi)	Luka operasi sebagai pintu masuk mikroorganisme
4.	Gangguan Mobilitas Fisik	D.0054	Nyeri dan kelemahan pasca operasi	Keterbatasan gerak, aktivitas menurun
5.	Gangguan Pola Tidur	D.0055	Nyeri dan lingkungan	Sulit tidur, sering terbangun
6.	Defisit Perawatan Diri	D.0109	Kelemahan fisik	Ketergantungan dalam ADL

2. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Teori

No	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri akut memiliki korelasi dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi) (D.0077)	Setelah di berikan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) berkurang dengan kriteria hasil; 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Meringis berkurang 3. Sikap protektif berkurang 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah menunjukkan perbaikan	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Mengidentifikasi tempat, ciri-ciri, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Mengkaji skala nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Mengidentifikasi faktor yang menambah dan menurunkan intensitas nyeri Terapeutik 4. Memberikan intervensi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 5. Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat memperparah nyeri 6. Mempertimbangkan jenis dan asal nyeri dalam menentukan strategi penanganan yang tepat Edukasi 7. Menjelaskan sumber, durasi, dan faktor yang memicu nyeri 8. Memberikan informasi mengenai cara mengurangi rasa nyeri 9. Mengajarkan teknik nonfarmakologis guna menurunkan intensitas nyeri Kolaborasi 10. Bekerja sama dengan tim dalam pemberian analgetik

2. Risiko hipovolemia ditandai dengan efek agen farmakologis (D.0034)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan terkait status cairan (L.0328), diharapkan kondisi pasien menunjukkan perbaikan dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1. Denyut nadi menjadi lebih stabil 2. Membran mukosa tampak lembap 3. Frekuensi nadi kembali dalam batas normal 4. Tekanan darah mengalami perbaikan 5. Turgor kulit menunjukkan kondisi yang lebih baik	Manajemen hypovolemia (I.03116) Observasi 1. Mengkaji tanda dan gejala yang mengindikasikan hipovolemia. 2. Memantau keseimbangan cairan melalui pencatatan intake dan output. Terapeutik 3. Memberikan asupan cairan secara oral sesuai kebutuhan pasien. Edukasi 4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan konsumsi cairan oral. 5. Mengedukasi pasien agar menghindari perubahan posisi secara tiba-tiba. Kolaborasi 6. Bekerja sama dengan tim kesehatan dalam pemberian cairan intravena (IV).
3. Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan terkait tingkat infeksi (L.14137), diharapkan kondisi pasien menunjukkan perbaikan dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1. Kebersihan tangan mengalami peningkatan 2. Kebersihan tubuh semakin baik 3. Tanda-tanda infeksi seperti demam, kemerahan, nyeri, dan pembengkakan mengalami penurunan. 4. Kadar sel darah putimenunjukkan peningkatan	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Memantau tanda dan gejala infeksi, baik yang bersifat lokal maupun sistemik. 2. Membatasi jumlah pengunjung untuk mengurangi risiko penularan. 3. Memberikan perawatan kulit terutama pada area yang mengalami edema. 4. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan sekitarnya. 5. Mempertahankan prinsip teknik aseptik, terutama pada pasien dengan risiko tinggi. Edukasi 6. Menjelaskan kepada pasien mengenai tanda dan gejala infeksi. 7. Mengajarkan teknik mencuci tangan yang benar.

		8. Memberikan edukasi tentang etika batuk yang baik. 9. Mengajukan peningkatan asupan nutrisi. 10. Mengajukan peningkatan konsumsi cairan Kolaborasi 11. Melakukan kolaborasi dalam pemberian imunisasi apabila diperlukan.
4. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan terkait mobilitas fisik (L.05042), diharapkan terjadi peningkatan kondisi pasien dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1. Pergerakan ekstremitas mengalami peningkatan 2. Kekuatan otot bertambah baik 3. Tingkat nyeri mengalami penurunan 4. Tingkat kecemasan berkurang	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lain yang dirasakan pasien. 2. Memantau kondisi umum pasien selama proses mobilisasi berlangsung. Terapeutik 3. Membantu dan memfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan sesuai kebutuhan. 4. Melibatkan keluarga dalam membantu proses mobilisasi pasien. Edukasi 5. Memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi serta menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara dini.

3. Implementasi

Pada tahap ini, perawat dituntut untuk memahami berbagai aspek penting, seperti keselamatan fisik serta perlindungan pasien, keterampilan komunikasi, kemampuan dalam melakukan prosedur tindakan, pemahaman terhadap hak-hak pasien, serta tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana keperawatan, terdapat dua jenis tindakan, yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaboratif (Mediarti et al., 2022).

4. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan proses penilaian terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan, dengan tujuan untuk mengetahui sejauh mana kebutuhan klien telah terpenuhi secara optimal serta menilai hasil dari keseluruhan proses keperawatan (Nanda, 2017).

Dalam praktik keperawatan, evaluasi dibedakan menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif, atau sering disebut sebagai evaluasi proses, bertujuan untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan serta kualitas tindakan yang diberikan kepada pasien. Evaluasi ini dilakukan segera setelah intervensi keperawatan diterapkan untuk mengetahui efektivitas tindakan yang telah dilakukan. Selain itu, evaluasi formatif dilaksanakan secara berkesinambungan selama proses perawatan berlangsung hingga tujuan dan luaran yang telah ditetapkan berhasil dicapai (Rahmawati, 2022).