

BAB II

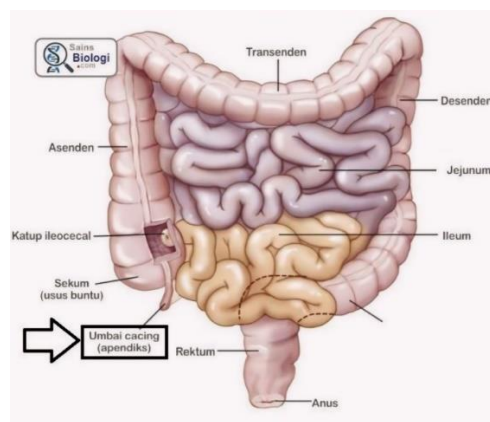
KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering terjadi . Penyakit ini menyerang semua umur baik laki- laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki- laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Angin-Perangin, 2023).

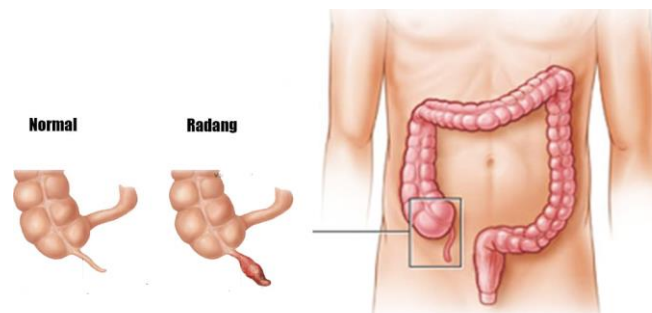
Apendisitis merupakan peradangan dari apendiks yang menyakitkan. Apendiks adalah kantong kecil tipis dengan panjang sekitar 5 hingga 10 cm (2 hingga 4 inci) yang terhubung ke usus besar dimana kotoran terbentuk. Apendisitis juga merupakan peradangan pada usus buntu dengan keadaan darurat medis yang hampir selalu membutuhkan pembedahan sesegera mungkin untuk mengangkat usus buntu (Saputra, 2023). Apendisitis adalah peradangan pada usus buntu dan merupakan penyebab paling umum dari nyeri perut akut. Meskipun penyakit ini menyerang pria dan wanita dari segala usia, penyakit ini umum terjadi pada pria berusia 10-30 tahun, apendiks ini adalah penyebab paling umum dari peradangan akut pada kuadran kanan bawah, paling sering pada operasi perut darurat (Kurniawati & Kadir, 2020).

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis yang menjadi penyebab nyeri abdomen akut. Apendisitis ini merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan yang dalam penatalaksanaannya dilakukan pembedahan sesegera mungkin untuk mencegah terjadinya komplikasi.



Gambar 1 1 : Anatomi Apendiks

Sumber : Irsan, 2018



Gambar 1 2 : Perbedaan apendiks normal dengan apendiks yang mengalami peradangan

Sumber : <http://www.apotekers.com/2016/11/usus-buntu-defenisi.html?m=1>

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Presipitasi dan Predisposisi

a. Presipitasi

Menurut Udkhiyah & Jamaludin (2020) faktor yang biasanya disebabkan karena adanya sumbatan lumen apendiks seperti :

- 1) Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus di samping hiperplasia jaringan limfe, tumor apendiks dan cacing askaris.
- 2) Erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.histolytica*.
- 3) Gaya hidup yang tidak sehat, seperti kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat. Konstipasi menarik area usus, menyebabkan tekanan dan obstruksi usus dan meningkatkan pertumbuhan flora kolon.

b. Predisposisi

Menurut Udkhiyah & Jamaludin (2020) faktor yang menjadi penyebabnya adalah sebagai berikut :

- 1) Faktor yang paling sering adalah obstruksi lumen. Biasanya kendala ini terjadi karena :
 - a) Hiperplasia folikular limfoid, yang merupakan penyebab paling umum.
 - b) Adanya fekolit pada lumen apendiks.
 - c) Adanya benda asing seperti biji.

- d) Penyempitan lumen fibrotik akibat peradangan sebelumnya.
- 2) Infeksi bakteri usus besar yang paling umum adalah *Escherichia coli* dan *Streptococcus*.
- 3) Laki-laki lebih banyak daripada perempuan, kebanyakan pada usia 15-30 tahun (remaja dewasa). Hal ini disebabkan oleh peningkatan jaringan limfoid selama periode ini.
- 4) Menurut bentuk apendiks :
 - a) Apendiks terlalu panjang.
 - b) Massa apendiks pendek.
 - c) Penonjolan jaringan limfoid di rongga apendiks.
 - d) Katup abnormal di pangkal apendiks.

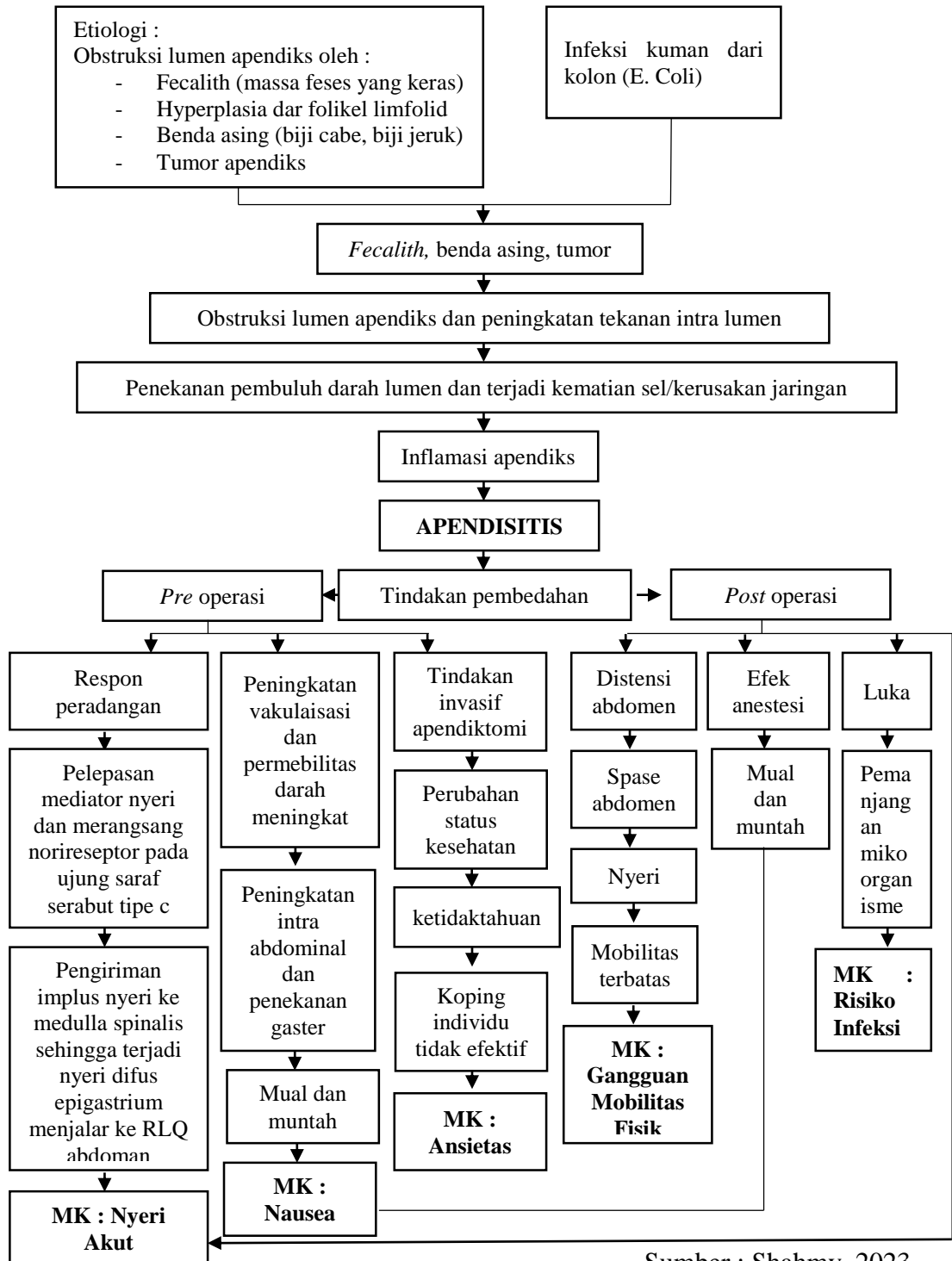
2. Psiko Patologi/Patofisiologi

Menurut Saputra (2023) pada umumnya apendisitis ini bisa diakibatkan karena adanya sumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, adanya benda asing, struktur karena fibrosis penyebab terjadinya peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi dapat menjadi penyebab mukus yang diproduksi mukosa dan nantinya bisa mengalami bendungan. Semakin lamanya mukus itu maka dapat mempengaruhi dan menjadi penyebab peningkatan tekanan intralumen. Karena terjadinya peningkatan tersebut maka bisa menjadi hambatan aliran limfe yang dapat menimbulkan edema, diapudesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Saat itulah bisa terjadinya apendisitis akut lokal ditandai oleh nyeri pada epigastrium.

Apabila sekresi mukus tetap berlanjut, tekanannya terus mengalami peningkatan. Hal itu nanti bisa menjadi penyebab obstruksi vena, edema semakin bertambah, dan bakteri pun akan bisa menembus dinding. Peradangan yang ditimbulkan dapat meluas sehingga bisa terkena peritoneum setempat dan bisa timbul rasa nyeri pada daerah kanan bawah. Keadaan ini sering disebut dengan istilah apendisitis supuratif akut. Jika aliran arteri mengalami sebuah gangguan maka bisa terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Pada stadium yang satu ini sering dikenal ataupun disebut dengan apendisitis gangrenosa.

Apabila dinding rapuh itu memecah, dapat menyebabkan terjadinya apendisitis perforasi. Bilamana kesemua proses diatas berjalan secara lambat, omentum dan usus yang dekat akan mengalami pergerakan ke arah apendiks, hal ini nanti dapat menimbulkan massa lokal yang sering dikenal atau disebut dengan infiltrate apendikularis. Radang yang terjadi pada apendiks itu bisa menyebabkan abses. Untuk anak-anak sendiri, dikarenakan omentum lebih pendek dan apendiks lebih panjang, maka dinding apendiksnya lebih tipis. Selain itu juga daya tahan tubuhnya yang masih lemah sehingganya memperudah terjadinya perforasi. Pada lansia, perforasi mudah terjadi karena adanya sebuah gangguan pada pembuluh darahnya.

3. Pathway



4. Manifestasi Klinik

Menurut Mardalena, Ida (2017) ; Handaya, (2017) beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada apendisitis antara lain sebagai berikut :

- a. Nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilikus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadran kanan bawah ke titik *Mc Burney* (terletak diantara pertengahan umbilikus dan spina anterior ileum) nyeri terasa lebih tajam.
- b. Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya pernanahan dalam rongga abdomen.
- c. Mual dan muntah

Adanya peningkatan vakulaisasi dan permeabilitas darah yang mampu meningkatkan tekanan intra abdominal serta penekanan gester sehingga menimbulkan rasa mual dan muntah.

- d. Nafsu makan menurun

Rasa nyeri di area abdomen lebih tepatnya di sistem pencernaan pada pasien apendisitis mampu menurunkan selera atau nafsu makan. Nafsu makan berkurang menjadi salah satu tanda gejala awal apendisitis.

- e. Konstipasi

Apabila pola makan yang tidak baik seperti kurangnya mengkonsumsi serat mampu mempengaruhi eliminasi BAB yang

membuat feses menjadi keras. Hal ini juga disebabkan karena peradangan yang terjadi pada apendiks yang mempengaruhi fungsi normal usus.

f. Demam

Pada penderita apendisitis ini sering kali terjadi demam karena terdapat peradangan pada jaringan sehingga terjadi kerusakan kontrol suhu yang menjadi sinyal adanya suatu inflamasi. Tetapi untuk apendisitis tanpa komplikasi biasanya demam ringan dengan suhu 37,5°C-38,5°C.

5. Klasifikasi

Menurut Mardalena, Ida (2017) apendisitis dibagi menjadi 2, antara lain sebagai berikut :

a. Apendisitis akut

Peradangan pada apendiks dengan gejala khas yang memberi tanda setempat. Gejala apendisitis akut antara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium di sekitar umbilikus. Keluhan ini disertai rasa mual muntah dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik *Mc Burney*. Pada titik ini, nyeri yang dirasakan menjadi lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

b. Apendisitis Kronis

Apendisitis kronis baru bisa ditegakkan apabila ditemukan tiga hal yaitu pertama, pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternatif

diagnosa lain. Kedua, setelah dilakukan apendiktomi, gejala yang dialami pasien akan hilang. Ketiga, secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendiks.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Warsinggih (2020) pemeriksaan penunjang pada kasus apendisitis antara lain adalah :

a. Pemeriksaan fisik.

- 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- 2) Palpasi : di daerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (*blumberg sign*) yang mana merupakan kunci dari diagnosa apendisitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat / tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri diperut semakin parah (*psaos sign*).
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 5) Suhu dubur (*rectal*) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (*axilla*), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

6) Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji *PSOAS* akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak di rongga pelvis maka *obturator sign* akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³ . Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

c. Pemeriksaan radiologi

1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu).

2) *Ultrasonografi (USG), Computerized Tomography Scan (CT-Scan).*

Kasus kronik dapat dilakukan *rontgen* foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

d. Pemeriksaan urine

Dilaksanakan dengan tujuan memperlihatkan apakah terdapat eritrosit, leukosit dan bakteri di dalam urin. Pada pengecekan ini dapat memberikan sebuah bantuan untuk menyingkirkan diagnosis banding misalnya pada infeksi saluran kemih maupun pada batu ginjal yang memiliki indikasi klinis serta juga nyaris sama pada penderita apendisitis (Saputra, 2023).

e. *Abdominal X-Ray*

Bisa dipergunakan untuk melihat apakah ada *fecalith* sebagai pemicu dari apendisitis. Pemeriksaan yang satu ini pula dilaksanakan lebih utama nya bagi anak-anak (Saputra, 2023).

7. Komplikasi

Komplikasi apendisitis menurut Saputra (2023) yang paling utama pada pasien apendisitis biasanya ialah perforasi apendiks yang kemudian bisa mengalami pengembangan menjadi peritonitis atau abses. Insidens perforasi adalah 10% -32%. Insiden akan bisa lebih tinggi pada anak kecil dan lansia. Perforasi secara umum terjadi 24 jam setelah awalan nyeri. Komplikasi yang sering terjadi bagi penderita apendisitis, yaitu::

a. Abses

Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila apendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum.

b. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam.

Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5°C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama polymorphonuclear (PMN). Perforasi, baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan peritonitis.

c. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oligouria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis.

Menurut Juliana (2017), komplikasi dapat timbul apabila terjadi perawatan luka yang tidak sesuai dengan prosedur yaitu :

- a. Hematoma (Hemoragi), balutan diinspeksi terhadap hemoragi pada interval yang sering selama 24 jam setelah pembedahan.
- b. Selulitis adalah infeksi bakteri yang menyebar ke dalam bidang jaringan. Semua manifestasi inflamasi tampak dalam hal ini, streptococcus sering menjadi organisme penyebab.

- c. Abses yaitu infeksi bakteri setempat yang ditandai dengan pengumpulan pus (bakteri, jaringan nekrotik, dan SDP).
- d. Limfangitis adalah penyebaran infeksi dari selulitis atau abses ke sistem limfatik.

Berdasarkan penjelasan diatas, hal yang bisa mengakibatkan keparahan/komplikasi penyakit apendisitis dikarenakan dua hal yaitu faktor ketidaktahuan masyarakat dan keterlambatan tenaga medis dalam menentukan tindakan sehingga dapat menyebabkan abses, perforasi dan peritonitis. protein dapat menurun dan mengindikasikan kekurangan gizi.

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Angin-Perangin, 2023) penatalaksanaan medis pada apendisitis meliputi:

- a. Sebelum operasi
 - 1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

2) Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intraabdominal luka operasi pada klien apendiktomi. Antibiotik diberikan sebelum, saat, hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena (IV).

b. Operasi

1) Apendiktomi

Apendiktomi adalah pembedahan dengan cara pengangkatan apendiks. Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotik. Abses apendiks diobati dengan antibiotik IV, massanya mungkin mengecil atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Apendiktomi dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

2) Laparatomi

Laparatomi adalah prosedur yang membuat irisan vertikal besar pada dinding perut ke dalam rongga perut dan mencari sumber kelainannya (eksplorasi). Setelah ditemukan sumber kelainannya, biasanya dokter bedah akan melanjutkan tindakan yang spesifik sesuai dengan kelainan yang ditemukan.

3) Laparoscopi

Laparoscopi adalah teknik melihat ke dalam rongga perut tanpa melakukan pembedahan besar. Menurut sumber lain, laparoscopi adalah teknik bedah invasif minimal yang menggunakan alat-alat berdiameter kecil untuk menggantikan tangan dokter bedah melakukan prosedur pembedahan di dalam rongga perut

c. Pasca operasi

- 1) Observasi TTV
- 2) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah.
- 3) Baringkan pasien dalam posisi semi fowler.
- 4) Pasien dikatakan baik jika dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama pasien dipuasakan.
- 5) Bila ada tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.
- 6) Berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak.
- 7) Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit.
- 8) Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk diluar kamar.
- 9) Hari ke-7 jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

C. Konsep Nyeri

1. Pengertian

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan, sedang dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar, tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya (Ayudita,2023).

Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Keluhan yang paling sering diungkapkan pasien setelah dilakukan tindakan pembedahan, setiap individu membutuhkan rasa nyaman dan dipersepsikan berbeda pada setiap individu. Dikatakan individual karena respon terhadap sensasi nyeri beragam atau tidak bisa disamakan satu dengan yang lain (Sofiah, 2022).

2. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Waktu

Menurut SDKI (2017), nyeri menurut waktu dibagi menjadi dua :

a. Nyeri Akut

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

b. Nyeri Kronis

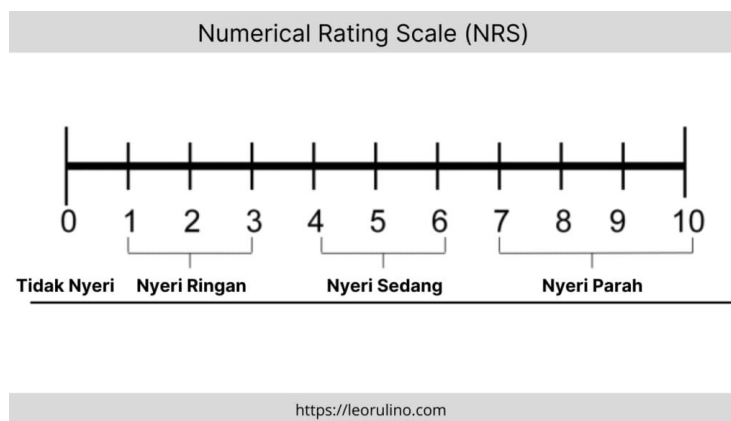
Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dengan berintegritas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

3. Alat Ukur Skala Nyeri

Menurut Y. Mardona (2023) alat ukur nyeri sebagai berikut :

a. NRS (*Numeric Rating Score*)

Ini adalah cara yang paling mudah dan dapat dimengerti untuk mengukur rasa nyeri. Skala ini menggunakan rentang bilangan bulat dari 0 hingga 10 untuk menunjukkan intensitas nyeri klien. Skala 0 (tidak ada nyeri), skala 1-3 (nyeri ringan), skala 4-6 (nyeri sedang), skala 7-10 (nyeri berat).

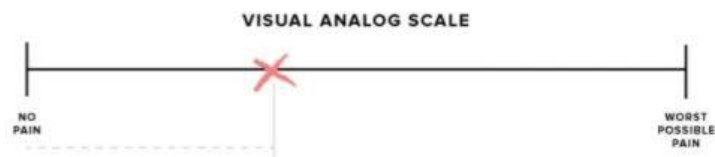


Gambar 1 3: *Numeric Rating Scale*

Sumber : <https://images.app.goo.gl/NNUfVNWCVcLxdTXDA>

b. VAS (*Visue Analogue Scale*)

Pengukuran menggunakan bentuk garis vertikal atau horizontal sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeternya. Pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Pernyataan "tidak ada rasa sakit atau tidak nyeri di ujung paling kiri" dan "rasa sakit yang tak tertahankan di ujung paling kanan". Penderita diminta untuk memberi tanda di garis tersebut, untuk mewakili rasa nyeri. Rasa sakit ditentukan dengan mengukur jarak antara titik awal garis sampai ke tanda yang diberikan penderita (dalam cm). Semakin pendek jaraknya, maka dianggap semakin ringan rasa nyeri yang dirasakan. Jika semakin panjang jaraknya, berarti rasa nyeri yang dirasakan cukup parah. VAS sangat sederhana dan mudah digunakan. Tapi pada penderita pasca bedah, sedikit sulit diterapkan karena VAS memerlukan kemampuan konsentrasi, koordinasi visual, dan motorik.

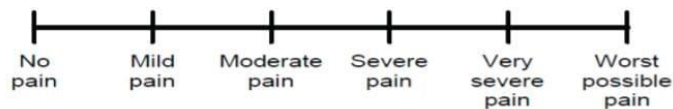


Gambar 1 4 : *Visual Analog Scale*

Sumber : <https://www.healthline.com/health/pain-scale-types>

c. VRS (*Verbal Rating Scale*)

Untuk menggambarkan tingkat nyeri, VRS menggunakan kata-kata bukan angka. Penderita memilih kata yang paling menggambarkan rasa sakit mereka. Seperti kata : tidak ada rasa sakit, sakit ringan, nyeri sedang, sakit parah, sakit yang sangat parah, rasa sakit yang paling buruk.



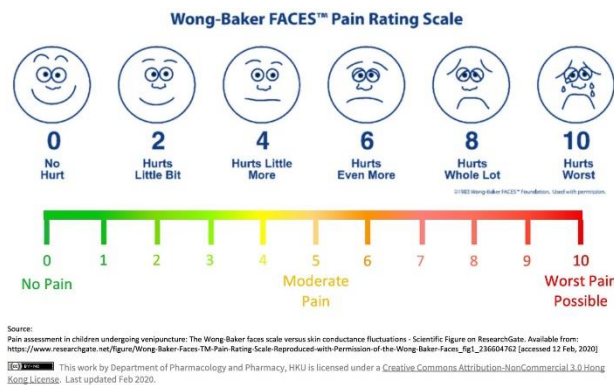
Gambar 1 5 : *Verbal Rating Scale*

Sumber : <https://images.app.goo.gl/9YTzq8XicaaW2tKG8>

d. *Wong-Baker Faces Pain Scale* (WB-FACES)

WB-FACES diciptakan dan dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker tahun 1981 yang direvisi tahun 1983, Faces Pain Scale-Revised (FPS-R). Skala ini digunakan untuk penderita usia 3-18 tahun yang tidak bisa menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. Skala nyeri ditentukan dengan melihat enam ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan kedalam tingkatan rasa nyeri 0-10 (Skor wajah yang dipilih 0, 2, 4, 6, 8, atau 10, menghitung dari kiri ke kanan, jadi "0" sama dengan "Tidak sakit" dan "10" sama dengan "Sangat sakit."). Penderita memilih ekspresi wajah yang paling mewakili rasa

sakitnya. Jangan gunakan kata- kata seperti "senang" dan "sedih". Skala ini dimaksudkan. untuk mengukur bagaimana perasaan anak-anak di dalam, bukan bagaimana rupa wajah mereka.



Gambar 1 6 : Wong-Baker FACES

Sumber : <https://images.app.goo.gl/91CJmXP1BAmv4Lhw6>

D. Konsep Hamilton Anxiety Rating Scale

Menurut Wardhani (2021) skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan oleh munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS, terdapat 14 gejala/symptoms yang muncul pada individu yang mengalami cemas atau ansietas. Setiap item yang diobservasi diberikan 5 tingkatan skor atau nilai antara 0 (nol) sampai 4 (severe/berat). Skala HARS pertama kali dibentuk pada tahun 1959, diperkenalkan oleh Max Hamilton, dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS sendiri sudah memiliki validitas dan reabilitas yang cukup tinggi pada

kecemasan yaitu 0,83 dan 0,77. Kondisi ini menyebabkan skala HARS mampu memperoleh hasil yang valid dan reliabel. Skala HARS memiliki 14 item yang akan dinilai. Penilaian kecemasan dengan skala HARS meliputi :

1. Perasaan cemas: firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung.
2. Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu, dan lesu.
3. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa, dan sulit berkonsentrasi.
6. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan setiap hari.
7. Gejala somatik: nyeri pada otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil, dan kedutan otot
8. Gejala sensorik: perasaan ditusuk – tusuk, penglihatan kabur, muka merah, dan pucat serta lemah
9. Gejala kardiovaskular: takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap

10. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang, dan merasa napas pendek
11. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, amenorrhea, ereksi lemah atau impotensi
13. Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing, sakit kepala
14. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat

Hasil di atas akan diberikan skor:

0 : tidak ada

1 : ringan

2 : sedang

3 : berat

4 : berat sekali

Total Skor :

Kurang dari 14 : tidak ada kecemasan

14 – 20 : kecemasan ringan

21 – 27 : kecemasan sedang

28 – 41 : kecemasan berat

42 – 56 : kecemasan berat sekali

E. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian *Pre* Operasi

a. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawab, juga terdiri dari nama, umur, penanggung jawab, hubungan keluarga, dan pekerjaan (Oktaviani, 2018).

b. Alasan Masuk

Pada saat pasien mau dirawat di rumah sakit biasanya ditemukan pada pengkajian awal yakni keluhan sakit perut di kuadran kanan bawah, biasanya disertai mual, muntah dan BAB yang sedikit atau tidak sama sekali, kadang-kadang mengalami diare dan juga konstipasi (Oktaviani, 2018).

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya keluhan yang terasa pada pasien yaitu pada saat *pre* operasi, merasakan nyeri pada insisi pembedahan, juga tidak bisa beraktivitas atau imobilisasi sendiri (Oktaviani, 2018).

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien memiliki kebiasaan memakan makanan yang rendah serat, dan juga sering makan makanan yang pedas (Oktaviani, 2018).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada kasus apendisitis tidak ada pengaruh penyakit keturunan seperti hepatitis, hipertensi, dan lain-lain (Oktaviani, 2018).

d. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik biasanya kesadaran normal yaitu composmentis, eye (E) : 4, verbal (V) : 5, motoric (M) : 6 total 15. Tanda-tanda vital pasien biasanya tidak normal, karena tubuh pasien merasakan nyeri, dimulai dari tekanan darah biasanya tinggi, nadi takikardi dan pernapasan lebih cepat ketika pasien merasakan nyeri (Oktaviani, 2018).

1) Kepala

Pada bagian kepala pasien biasanya tidak ada masalah jika penyakitnya apendisitis, mungkin pada bagian mata tampak seperti kehitaman/atau mata panda dikarenakan tidak bisa tidur menahan sakit (Oktaviani, 2018).

2) Leher

Pada leher kepala pasien biasanya tidak ada masalah jika menderita apendisitis (Oktaviani, 2018).

3) Thorax

Pada bagian paru-paru tidak ada masalah atau gangguan bunyi normal paru ketika diperkusi biasanya sonor kedua lapang paru dan apabila di auskultasi bunyinya vesikuler. Pada bagian jantung juga tidak ada masalah, bunyi jantung pasien reguler ketika diauskultasi (lup dup) (Oktaviani, 2018).

4) Abdomen

Pada bagian abdomen biasanya nyeri perut di bagian kanan bawah atau pada titik *Mc Burney*. Saat dilakukan inspeksi kembung sering terlihat pada pasien seperti benjolan perut kanan bawah pada massa atau abses. Pada saat dipalpasi biasanya abdomen kanan bawah akan didapatkan peningkatan respon nyeri, nyeri pada palpasi terbatas pada region iliaka kanan, dapat disertai nyeri lepas. Kontraksi otot menunjukkan adanya rangsangan peritoneum parietale. Pada penekanan perut kiri bawah akan dirasakan nyeri perut kanan bawah yang disebut tanda *rovsing*. Pada apendisitis restroksekal atau retroileal diperlukan palpasi dalam untuk menemukan adanya rasa nyeri (Oktaviani, 2018).

e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang

dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti *Electrocardiogram* (ECG), dan lain-lain (Oktaviani, 2018).

f. Pemeriksaan Status Anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

g. *Inform consent*

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis yakni pembedahan dan anestesi.

h. Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis.

2. Pengkajian *Post Operasi*

Pengkajian *post* operatif dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian dilakukan saat memindahkan pasien yang berada diatas+s brankar, perawat mengkaji dan

melakukan intervensi tentang kondisi jalan napas, tingkat kesadaran, status vaskular, sirkulasi, perdarahan, suhu tubuh dan saturasi oksigen (Oktaviani, 2018).

F. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga, atau komunitas yang sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding individu atau kelompok lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Diagnosa keperawatan kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tetapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Diagnosa keperawatan *Wellness* (Sejahtera) atau sehat adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi yang menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif. Diagnosa keperawatan sindrom adalah diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa aktual dan risiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu (Yeni, 2019).

1. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada tahap *pre* operasi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), yaitu:
 - a. Nyeri akut (D.0077)

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.

Penyebab :

Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemis, neolasma).

Gejala dan Kriteria :

1) Mayor

a) Subjektif : Mengeluh nyeri

b) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Minor

a) Subjektif : -

b) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

b. Nausea (D.0076)

Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggrokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Penyebab :

- 1) Gangguan biokimiawi (mis. Uremia, ketoasidosis diabetik)
- 2) Peningkatan tekanan intraabdominal (mis. Keganasan intraabdominal)
- 3) Faktor psikologis (mis. Kecemasan, ketakutan, stress)
- 4) Efek agen farmakologis.

Gejala dan kriteria :

a) Mayor

(1) Subjektif : Mengeluh mual, merasa ingin muntah, merasa tidak berminat untuk makan.

(2) Objektif : Tampak gelisah, sulit tidur

b) Minor

(1) Subjektif : -

(2) Objektif : frekuensi nadi meningkat, terlihat pucat, mengalami keringat dingin.

c. Ansietas (D.0080)

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi

- 3) Krisis maturnasional
- 4) Ancaman terhadap konsep diri
- 5) Ancaman terhadap kematina
- 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan.
- 7) Kurang terpapar informasi

Gejala dan kriteria :

a) Mayor

(1) Subjektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.

(2) Objektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

b) Minor

(1) Subjektif : mengeluh pusing, anoreksisa, palpitasi, merasa tidak berdaya.

(2) Objektif : frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

2. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada tahap *post* operasi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), yaitu:

a. Nyeri Akut (D.0077)

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.

Penyebab :

Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan Kriteria :

1) Mayor

a) Subjektif : Mengeluh nyeri

b) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Minor

c) Subjektif : -

d) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

b. Nausea (D.0076)

Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggrokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Penyebab :

- 1) Gangguan biokimiawi (mis. Uremia, ketoasidosis diabetik)
- 2) Peningkatan tekanan intraabdominal (mis. Keganasan intraabdominal)
- 3) Faktor psikologis (mis. Kecemasan, ketakutan, stress)
- 4) Efek agen farmakologis.

Gejala dan kriteria :

a) Mayor

- (1) Subjektif : Mengeluh mual, merasa ingin muntah, merasa tidak berminat untuk makan.
- (2) Objektif : Tampak gelisah, sulit tidur

b) Minor

- (1) Subjektif : -
- (2) Objektif : frekuensi nadi meningkat, terlihat pucat, mengalami keringat dingin.

c. Risiko infeksi (D.0142)

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor risiko :

- 1) Penyakit kronis (mis. Diabetes Mellitus)
 - 2) Efek prosedur invasif
 - 3) Malnutrisi
 - 4) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
 - 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - a) Gangguan peristaltik
 - b) Perubahan sekresi
 - c) Perubahan sekresi HP
 - d) Kerusakan integritas kulit
 - e) Penurunan kerja siliaris
 - f) Merokok
 - g) Status cairan tubuh
 - 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :
 - a) Penurunan hemoglobin
 - b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat
- d. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Adapun penyebabnya yaitu :

Penyebab :

- 1) Perubahan metabolik
- 2) Penurunan kekuatan otot
- 3) Efek agen farmakologis
- 4) Nyeri
- 5) Kurang terpapar informasi mengenai aktivitas fisik
- 6) Program pembatas gerak

Gejala dan kriteria :

a) Mayor

(1) Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas

(2) Objektif : kekuatan otot menurun, ROM menurun

b) Minor

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

(2) Objektif : sendi kaku, gerakan otot tidak terkoordinasi, gerakan terbat, fisik lemah

G. Rencana Intervensi Keperawatan

Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) 2019 dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) 2018 ada beberapa tujuan, kriteria hasil, serta rencana intervensi yang biasa dilakukan pada pasien operasi apendiktomi sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Rencana Intervensi Keperawatan *Pre Operasi*

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|---|--|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| 1. | Nyeri akut (D.0077) | <p>Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik | <p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi | <p>Obervasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (Asrawati, 2021) 2. Mengetahui skala nyeri (Asrawati, 2021) 3. Mengetahui respon nyeri non verbal (Asrawati, 2021) 4. Mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Asrawati, 2021) 5. Mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri (Asrawati, 2021) 6. Mengetahui pengaruh budaya terhadap nyeri (Asrawati, 2021) 7. Mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup (Asrawati, 2021) 8. Mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan (Asrawati, 2021) 9. Mengetahui efek samping penggunaan analgetik (Asrawati, 2021) <p>Terapeutik</p> |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|-------------|--|--|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | <p>rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> | <p>1. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana (Asrawati, 2021)</p> <p>2. Kontrol lingkungan mampu mempengaruhi nyeri (Asrawati, 2021).</p> <p>3. Pasien memiliki jam tidur yang cukup (Asrawati, 2021)</p> <p>4. Mengetahui jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri (Asrawati, 2021).</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Pasien mengetahui penyebab , periode, dan pemicu nyeri (Asrawati, 2021)</p> <p>2. Pasien mengetahui strategi meredakan nyeri (Asrawati, 2021)</p> <p>3. Pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri (Asrawati, 2021)</p> <p>4. Mengetahui pemakaian analgetik dengan tepat (Asrawati, 2021)</p> <p>5. Pasien mampu menerapkan tehnik yang sudah diajarkan (Asrawati, 2021)</p> <p>Kolaborasi</p> |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|--|--|--|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | | Obat analgetik mampu meredakan nyeri (Asrawati, 2021) |
| 2. | Nausea (D.0076) | <p>Tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Nausea (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun 3. Keringat dingin menurun 4. Takikardia membaik | <p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual. 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab dan tidur) 3. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi dan hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) 2. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Ajarkan penggunaan | <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui pengalaman mual (Febrien, 2023) 2. Mengetahui dampak mual terhadap kualitas hidup (Febrien, 2023) 3. Mengetahui faktor penyebab mual (Febrien, 2023) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak membuat pasien merasa mual (Febrien, 2023) 2. Makanan yang menarik dan dalam jumlah yang kecil mampu mengurangi mual (Febrien, 2023). <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidur dan istirahat yang cukup mengurangi rasa mual (Febrien, 2023) 2. Mengurangi bau mulut dan menjaga kebersihan mulut (Febrien, 2023) 3. Pasien mampu mengurangi rasa mual dengan tehnik yang sudah diajarkan (Febrien, 2023). <p>Kolaborasi</p> |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|---|--|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | tehnik non farmakologi Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu | Obat antiemetik mampu mengurangi dan mengatasi mual muntah (Febrien, 2023). |
| 3. | Ansietas (D.0080) | Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : Tingkat ansietas 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Skor ansietas menurun | Reduksi Ansietas Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan | Observasi 1. Mengetahui saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) (Nurhayati and Main, 2023) 2. Mengetahui kemampuan mengambil keputusan (Nurhayati and Main, 2023) 3. Mengetahui tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) (Nurhayati and Main, 2023) Terapeutik 1. Rasa kepercayaan terjalin sehingga pasien lebih terbuka dengan perawat (Nurhayati and Main, 2023) 2. Mampu mengurangi tingkat kecemasan pasien (Nurhayati and Main, 2023) 3. Mengetahui situasi yang membuat ansietas (Nurhayati and Main, 2023) 4. Pasien memiliki tempat untuk meluapkan |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|-------------|---|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | <p>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>8. Latih teknik relaksasi</p> | <p>perasaannya (Nurhayati and Main, 2023)</p> <p>5. Pendekatan yang tenang dan meyakinkan mampu menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap perawat dan menurunkan rasa ansietas (Nurhayati and Main, 2023)</p> <p>6. Menempatkan barang yang membuat pasien tenang (Nurhayati and Main, 2023)</p> <p>7. Mengetahui faktor yang memicu ansietas (Nurhayati and Main, 2023)</p> <p>8. Mampu mengalihkan kecemasan pasien (Nurhayati and Main, 2023).</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Mengetahui prosedur tindakan yang akan dilakukan (Nurhayati and Main, 2023).</p> <p>2. Mengetahui mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis (Nurhayati and Main, 2023)</p> <p>3. Menemani pasien saat merasa cemas</p> |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|-------------|---|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu | mampu mengurangi kecemasan (Nurhayati and Main, 2023) 4. Mengalihkan kecemasan pasien (Nurhayati and Main, 2023) 5. Mampu mengungkapkan perasaan dan persepsi yang dirasakan (Nurhayati and Main, 2023) 6. Mengurangi kecemasan (Nurhayati and Main, 2023) 7. Mampu mempertahankan rasa kepercayaan dan mengurangi kecemasan (Nurhayati and Main, 2023) 8. Mampu mengurangi kecemasan (Nurhayati and Main, 2023) Kolaborasi Obat ansietas mampu menurunkan tingkat ansietas pasien, jika perlu (Nurhayati and Main, 2023) |

Tabel 2. 2 Rencana Intervensi Keperawatan *Post Operasi*

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|---|--|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| 1. | Nyeri akut (D.0077) | <p>Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik | <p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping | <p>Obervasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (Asrawati, 2021) 2. Mengetahui skala nyeri (Asrawati, 2021) 3. Mengetahui respon nyeri non verbal (Asrawati, 2021) 4. Mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Asrawati, 2021) 5. Mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri (Asrawati, 2021) 6. Mengetahui pengaruh budaya terhadap nyeri (Asrawati, 2021) 7. Mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup (Asrawati, 2021) 8. Mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan (Asrawati, 2021) 9. Mengetahui efek samping penggunaan analgetik (Asrawati, 2021) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan pasien untuk mengontrol |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|-------------|---|--|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | <p>penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin, terapi bermain Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Fasilitasi istirahat tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan | <p>nyeri dengan cara sederhana (Asrawati, 2021).</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontrol lingkungan mampu mempengaruhi nyeri (Asrawati, 2021). Pasien memiliki jam tidur yang cukup (Asrawati, 2021) Mengetahui jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri (Asrawati, 2021). <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengetahui penyebab , periode, dan pemicu nyeri (Asrawati, 2021). Pasien mengetahui strategi meredakan nyeri (Asrawati, 2021) Pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri (Asrawati, 2021) Mengetahui pemakaian analgetik dengan tepat (Asrawati, 2021) Pasien mampu menerapkan tehnik yang sudah diajarkan (Asrawati, 2021) <p>Kolaborasi</p> <p>Obat analgetik mampu meredakan nyeri (Asrawati, 2021).</p> |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|--|--|--|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | <p>analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> | |
| 2. | Nausea (D.0076) | <p>Tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Nausea (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun 3. Keringat dingin menurun 4. Takikardia membaik | <p>Manajemen Mual (I. 03117)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual. 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab dan tidur) 3. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi dan hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) 2. Berikan makanan dalam | <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui pengalaman mual (Febrien, 2023) 2. Mengetahui dampak mual terhadap (Febrien, 2023) kualitas hidup 3. Mengetahui faktor penyebab mual (Febrien, 2023) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak membuat pasien merasa mual (Febrien, 2023) 2. Makanan yang menarik dan dalam jumlah yang kecil mampu mengurangi mual (Febrien, 2023) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidur dan istirahat yang cukup mengurangi rasa mual (Febrien, 2023) 2. Mengurangi bau mulut dan menjaga kebersihan mulut (Febrien, 2023) 3. Pasien mampu mengurangi rasa mual dengan tehnik |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|-------------------------|--|--|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | <p>jumlah kecil dan menarik.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Ajarkan penggunaan tehnik non farmakologi <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p> | <p>yang sudah diajarkan (Febrien, 2023)</p> <p>Kolaborasi Obat antiemetik mampu mengurangi dan mengatasi mual muntah (Febrien, 2023).</p> |
| 3. | Risiko Infeksi (D.0142) | <p>Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam, kemerahan, nyeri dan bengkak menurun 2. Suhu tubuh membaik | <p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan perawatan kulit pada area edema. 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 3. Pertahankan tehnik aseptik pada klien berisiko tinggi. | <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (Asrawati, 2021). 2. Mengurangi penyebaran infeksi ke pasien maupun pengunjung (Asrawati, 2021). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi tingkat keparahan edema pasien (Asrawati, 2021). 2. Memutus rantai penularan infeksi dari pasien ke perawat (Asrawati, 2021). 3. Mencegah terjadinya infeksi pada pasien berisiko tinggi (Asrawati, 2021). <p>Edukasi</p> |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|-----------------------------------|---|---|--|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi (Asrawati, 2021) 2. Memutus rantai penularan infeksi dan mencegah terjadinya infeksi (Asrawati, 2021) 3. Mengurangi risiko penularan infeksi melalui udara (Asrawati, 2021) 4. Asupan yang bernutrisi mampu meningkatkan imun tubuh (Asrawati, 2021). 5. Mengurangi terjadinya risiko infeksi karena dehidrasi (Asrawati, 2021) <p>Kolaborasi Pemberian imunisasi mampu mengurangi terjadinya infeksi dan meningkatkan imun tubuh (Asrawati, 2021).</p> |
| 4. | Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) | Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Mobilitas Fisik (L.05042) <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kelemahan fisik menurun 4. Gerakan terbatas menurun | <p>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi melakukan | <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Asrawati, 2021). 2. Mengetahui kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi (Asrawati, 2021) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien memudahkan dalam mobilisasi (Asrawati, 2021) |

| No. | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | |
|-----|----------------------|----------------------------|--|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | 5. Rentang gerak meningkat | pergerakan, bila perlu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien. Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini | 2. Keluarga mampu membantu pasien secara mandiri (Asrawati, 2021) Edukasi 1. Mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi (Asrawati, 2021) 2. Mencegah kekakuan pada otot dan sendi (Asrawati, 2021) |

H. Evaluasi Keperawatan

Menurut Leniwita, Hasian (2019), dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain.

Evaluasi keperawatan meliputi dua evaluasi yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan setiap kali melakukan tindakan. Evaluasi hasil dilakukan setelah batas waktu pelaksanaan selesai dan mengacu pada kriteria hasil yang ditetapkan untuk melihat masalah tersebut teratasi, teratasi sebagian atau belum teratasi.

1. Evaluasi proses (Formatif)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera oleh setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP :

- a. S (Subjektif) : data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b. O (Objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c. A (Analisis) : Masalah dan diagnosa keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d. P (Perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

2. Evaluasi hasil (Sumatif)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian keperawatan, yaitu :

- a. Masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Masalah belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.