

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (HIPKABI, 2014). Kata “Perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu :

a) Fase preoperatif

Dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim kemeja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (HIPKABI, 2014).

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif dibagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin, 2009).

b) Fase intra operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien di pindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini

sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat *scrub*, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (HIPKABI, 2014).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan. Koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin, 2009).

c) Fase paska operatif

Fase paska operatif dimulai dengan masuknya pasien keruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensif dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan (HIPKABI, 2014).

1. Pre operatif

Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPKABI, 2014) :

a) Rumah sakit

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif,

mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

b) Persiapan pasien di unit perawatan

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, Pencukuran daerah operasi, *Personal hygiene*, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi

c) Faktor resiko terhadap pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain : Usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon neuroendokrin, merokok, alkohol dan obat-obatan.

d) 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.

e) 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.

f) *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 (pembedahan dan anestesi).

g) Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis (Barbara & Billie, 2006) dalam (HIPKABI, 2014).

2. Intra operatif

a) Persiapan pasien dimeja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anastesi dan kemudian prosedur *drapping*.

b) Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/ melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPKABI, 2014).

c) Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi (HIPKABI, 2014).

d) Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*.

3. Post operatif

Tahapan keperawatan post operatif meliputi Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anastesi (*recovery room*), perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*), transportasi pasien keruang rawat, perawatan di ruang rawat (HIPKABI, 2014).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Pre operasi

1) 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 (Srirahayu, 2018).

2) Alasan Masuk

Pada saat pasien mau dirawat dirumah sakit dengan keluhan sakit perut dikuadran kanan bawah, biasanya disertai muntah dan BAB yang sedikit atau tidak sama sekali, kadang-kadang mengalami diare dan juga konstipasi (Srirahayu, 2018).

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya keluhan yang terasa pada pasien yaitu pada saat post operasi, merasakan nyeri pada insisi pembedahan, juga tidak bisa beraktivitas (Srirahayu, 2018).

b) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien memiliki kebiasaan memakan-makanan rendah serat, juga bisa makan yg pedas-pedas (Srirahayu, 2018).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Tidak ada pengaruh pada penyakit keturunan seperti hepatitis, hipertensi, dan lain-lain (Srirahayu, 2018).

4) Pemeriksaan fisik

Tanda-tanda vital tekanan darah tinggi, nadi cepat atau takikardi, pernafasan cepat, merasakan nyeri, kesadaran pasien yaitu *compos mentis* dengan *glasgow coma scale* (GCS), *eye* (E): 4, *Verbal* (V): 5, *motorik* (M): 6 total 15 (Srirahayu, 2018).

a) 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 (Srirahayu, 2018).

b) Leher

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

c) 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*) (Srirahayu, 2018).

d) Abdomen

Pada bagian abdomen biasanya nyeri di bagian region kanan bawah atau pada titik *Mc Burney*. Saat dilakukan inspeksi kembang sering terlihat pada pasien seperti benjolan perut kanan bawah pada massa atau abses, dalam hal ini dilakukan pemeriksaan inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi.

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 *rofsing*. Pada apendisitis restroksekal atau retroileal diperlukan palpasi dalam untuk menemukan adanya rasa nyeri (Sjamsuhidajat & De, 2005) dalam (Srirahayu, 2018).

e) Diagnosa Keperawatan dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI, 2017).

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

5) Rencana Keperawatan Pre operasi

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

Definisi:

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

Gejala dan tanda mayor:

Data subyektif : Mengeluh nyeri

Data obyektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:

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

Rencana intervensi dalam (SIKI, 2018):

Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri nonverbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. *TENS*, hipnosis, *akupresure*, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian analgetik

2. Pengkajian

a. Pengkajian intra operasi

Pengaturan pasien untuk memberikan keselamatan dan kenyamanan, memberikan dukungan fisik dan psikologis pada pasien untuk menenangkan pasien, mengkaji status emosional pasien (HIPKABI, 2014).

b. Diagnosa keperawatan

Pada intra operasi dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI, 2017):

- a) Resiko cedera ditandai dengan pemajanan alat

c. Rencana keperawatan:

a) Resiko cedera ditandai dengan pemajanan alat

Definisi:

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik (SDKI, 2017).

Tujuan menurut (SLKI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cedera tidak terjadi, dengan kriteria hasil :

- a) Kejadian cedera menurun (5)
- b) Tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi napas membaik (5)

Gejala dan tanda mayor:

Data subyektif : Tidak tersedia

Data obyektif : Tidak tersedia

Rencana keperawatan menurut (SIKI, 2018):

Observasi :

- a) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
- b) Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
- c) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

Terapeutik :

- a) Sediakan pencahayaan yang memadai
- b) Gunakan lampu tidur selama jam tidur
- c) Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (penggunaan tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)
- d) Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius
- e) Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau
- f) Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
- g) Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan

- h) Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci
- i) Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan
- j) Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur
- k) Diskusikan mengenal latihan dan terapi fisik yang diperlukan
- l) Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai
- m) Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
- n) Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan

Edukasi :

- a) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
- b) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.

3. Pengkajian

a. Pengkajian post operasi

Menurut (Potter & Perry, 2010), pengkajian keperawatan pasien post operasi, yaitu:

a) Sistem pernafasan

Kaji potensi jalan nafas, laju nafas, irama, kedalaman ventilasi, simetris gerakan dinding dada, suara nafas, dan warna mukosa.

b) Sirkulasi

Penderita beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler yang disebabkan oleh hilangnya darah dari tempat pembedahan, efek samping dari anestesi. Pengkajian yang telah diteliti terhadap denyut dan irama jantung, bersama dengan tekanan darah, mengungkapkan status kardiovaskular penderita. Kaji sirkulasi kapiler dengan mencatat pengisian kembali kapiler, denyut serta warna kuku dan temperatur kulit. Masalah umum awal sirkulasi adalah perdarahan.

Kehilangan darah dapat terjadi secara eksternal melalui saluran atau sayatan internal.

c) Sistem persarafan

Kaji refleks pupil dan muntah, cengkeraman tangan, gerakan kaki. Jika penderita telah menjalani operasi melibatkan sistem saraf, lakukan pengkajian neurologi secara lebih menyeluruh.

d) Sistem perkemihan

Anestesi epidural atau spinal sering mencegah penderita dari sensasi kandung kemih yang penuh. Raba perut bagian bawah tepat diatas simfisis pubis untuk mengkaji distensi kandung kemih. Jika penderita terpasang kateter urine, harus ada aliran urine terus-menerus sebanyak 30-50ml/jam pada orang dewasa.

d) Sistem pencernaan

Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Perawat perlu memantau asupan oral awal penderita yang berisiko menyebabkan aspirasi atau adanya mual dan muntah. Kaji juga kembalinya peristaltik setiap 4 sampai 8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal, 5-30 bunyi keras permenit pada masing-masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik yang telah kembali. Distensi perut menunjukkan bahwa usus tidak berfungsi dengan baik. Tanyakan apakah penderita membuang gas (*flatus*), ini merupakan tanda penting yang menunjukkan fungsi usus normal.

e) *Bromage Score* merupakan salah satu indicator respon motorik pasca spinal anestesi. *Bromage Score* berkaitan dengan lama tindakan operasi, yakni akan membutuhkan perawatan yang yang lebih lama diruang pemulihan. Dengan demikian diharapkan pasien di monitor dengan baik sehingga tidak terjadi komplikasi pasien pasca spinal anestesi (Wayan,2018).

Kriteria hasil *Bromage Score* beserta nilai adalah sebagai berikut:

- a) Gerakan penuh dari tungkai (0)
- b) Tak mampu ekstensi tungkai (1)

- c) Tak mampu fleksi lutut (2)
- d) Tak mampu fleksi pergelangan kaki (3)

Jika bromage score 2, pasien dapat dipindahkan ke ruangan.

b. Diagnosa Keperawatan

Post operasi dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI, 2017)

- a) Resiko hipotermia perioperatif ditandai dengan suhu lingkungan rendah

c. Rencana intervensi:

- a) Resiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

Definisi:

Resiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada dibawah rentang normal

Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi, dengan kriteria hasil sebagai berikut :

- a) Menggigil menurun (1)
- b) Pucat menurun (1)
- c) Suhu tubuh membaik (5)
- d) Pengisian kapiler membaik (5)
- e) Tekanan darah dan ventilasi membaik (5)

Gejala dan tanda mayor:

Data subyektif : Tidak tersedia

Data obyektif : Tidak tersedia

Rencana keperawatan menurut (SIKI, 2018)

Observasi :

- a) Monitor suhu tubuh
- b) Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme)
- c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- a) Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)
- b) Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- c) Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat)
- d) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen)

C. Konsep Apendisitis

1. Definisi Apendisitis

Apendisitis adalah inflamasi saluran usus yang tersembunyi dan kecil yang berukuran 4 inci (10 cm) yang buntu pada ujung sekum. Apendiks dapat terobstruksi oleh massa feses yang keras, yang akibatnya akan terjadi inflamasi, infeksi, ganggren, dan mungkin perforasi. Apendiks yang ruptur merupakan gejala yang serius karena isi usus dapat masuk ke dalam abdomen dan menyebabkan peritonitis atau abses (Rosdahl & Mary, 2017).

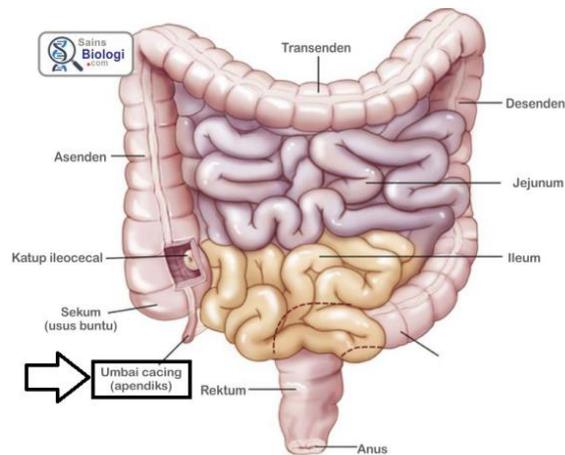
Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (*apendiks*). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (*caecum*). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Wim, 2005) dalam (Nurarif & Hardhi, 2015).

Apendisitis merupakan inflamasi pada *apendisitis vermiformis* dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Brunner & Suddarth, 2014).

Menurut definisi diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa apendisitis merupakan peradangan/inflamasi pada apendiks yang disebabkan oleh obstruksi sehingga pada masalah ini pasien dilakukan tindakan pembedahan.

2. Anatomi Fisiologi

a) Anatomi



(Sumber: <https://medium.com>)

Gambar 2.2 Anatomi Apendiks

Apendiks merupakan organ yang berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 10 cm dan berpangkal pada sekum. Apendiks pertama kali tampak saat perkembangan embriologi minggu ke delapan yaitu bagian ujung dari *protuberans* sekum. Pada saat *antenatal* dan *postnatal*, pertumbuhan dari sekum yang berlebih akan menjadi apendiks yang akan berpindah dari medial menuju katup *ileocaecal* (Irsan, 2018).

Pada bayi apendiks berbentuk kerucut, leher pada pangkal dan menyempit ke arah ujung. Keadaan ini menjadi sebab rendahnya insidens apendisitis pada usia tersebut. Apendisitis memiliki lumen sempit dibagian proksimal dan melebar pada bagian distal. Pada apendiks terdapat tiga *tanea coli* yang menyatu di persambungan sekum dan berguna untuk mendeteksi posisi apendiks. Gejala klinik apendisitis ditentukan oleh letak apendiks. Posisi apendiks adalah *retrocaecal* (dibelakang sekum) 65,28%, *pelvic* (panggul) 31,01%, *subcaecal* (dibawah sekum) 2,26%, *preileal* (didepan usus halus) 1%, dan *postileal* (dibelakang usus halus) 0,4% (Irsan, 2018).

b) Fisiologi

Apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml perhari. Lendir itu secara normal dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks tampaknya berperan pada patogenesis apendisitis. *Imunoglobulin sekretoar* yang dihasilkan oleh *Gut Associated Lymphoid Tissue* (GALT) yng terdapat disepanjang saluran cerna termasuk apendiks ialah *Imunoglobulin A (Ig-A)*. *Imunoglobulin* ini sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi yaitu mengontrol proliferasi enterotoksin dan antigen intestinal lainnya. Namun pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh sebab jumlah jaringan sedikit sekali, jika dibandingkan dengan jumlah disaluran cerna dan seluruh tubuh (Irsan, 2018).

3. Etiologi

Apendiks merupakan organ yang belum diketahui fungsinya tetapi menghasilkan lendir 1-2 ml per hari yang normalnya dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks tampaknya berperan dalam pathogenesis apendiks dikutip dari (Wim, 2005) dalam (Nurarif & Hardhi, 2015).

Klasifikasi menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) :

- a) Apendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hiperplasia jaringan limf, fikalit (tinja/batu), tumor apendik, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit (*E. Histolytica*)
- b) Apendisitis rekuren yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukan apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.

- c) Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

4. Tanda Dan Gejala

Serangan apendisitis biasanya dimulai dengan nyeri abdomen menyeluruh yang parah dan progresif. Kemudian, nyeri dan nyeri tekan akan terlokalisasi di kuadran kanan bawah pada pertengahan antara umbilikus dan krista ilium (titik *McBurney*). Serangan apendisitis dapat mereda dan kemudian timbul kembali (Rosdahl & Mary, 2017). *Ultrasound* sering kali dapat mendiagnosis pembesaran apendiks. Nyeri pantul biasanya muncul: ketika pemeriksa dengan cepat melepaskan tekanan selama palpasi, nyeri menjadi lebih tajam daripada ketika tekanan diberikan langsung pada sisi yang ditekan (Rosdahl & Mary, 2017). Kualitas nyeri tekan berhubungan dengan lokasi apendiks yang tepat. Biasanya mual, muntah, demam ringan hingga demam sedang, dan peningkatan leukosit menyertai nyeri. Apendiks yang ruptur akan menyebabkan gejala yang lebih berat yang berhubungan dengan peritonitis (Rosdahl & Mary, 2017).

Gejala awal yang khas, yang merupakan gejala klasik apendisitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium di sekitar umbilikus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah, dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan berliih kekuadran kanan bawah, ke titik *Mc Burney*. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatik setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi. Terkadang apendisitis juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5 sampai 38,5°C (Nurarif & Hardhi, 2015).

5. Patofisiologi

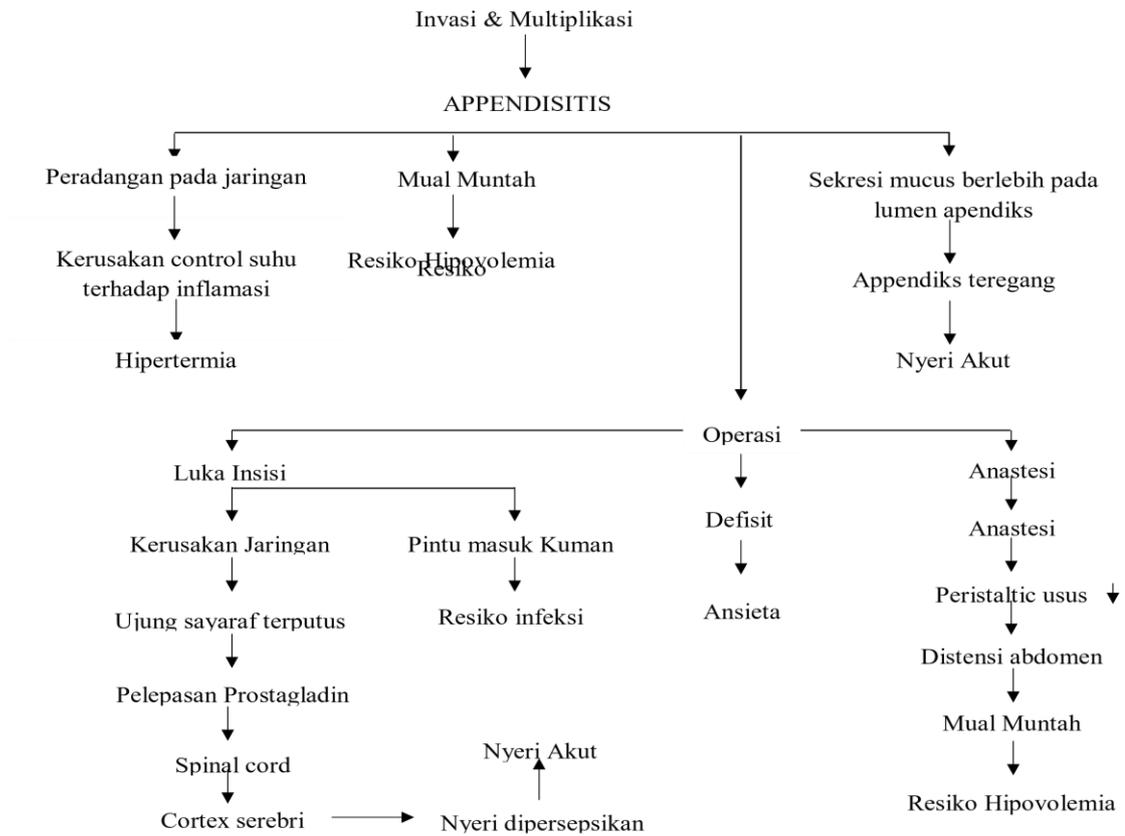
Menurut (Mansjoer, Kapita Selektta Kedokteran, 2012) dalam (Irsan, 2018), apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan intralumen.

Tekanan intralumen yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe dapat yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Apabila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul akan meluas dan mengenai bagian peritonium setempat sehingga dapat menimbulkan nyeri didaerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut. Apabila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti terjadinya ganggren. Stadium disebut dikenal dengan apendisitis ganggrenosa.

Apabila dinding yang rapuh itu pecah, akan mengakibatkan terjadi apendisitis perforasi. apabila proses diatas berjalan lambat, dapat menyebabkan momentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks sehingga timbul suatu masa lokal yang disebut infiltrat apendikularis.

Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah pembedahan, jika tidak dilakukan tindakan pembedahan segera, apendik tersebut mungkin peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang dikarenakan pecah atau perforasi yang terjadi pada bagian usus buntu (apendiks).

6. WOC (WEB OF CAUTION)



Gambar 2.3 (WOC) *Web Of Caution*

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien apendisitis adalah test rectal, pemeriksaan laboratorium, C-Reactive Protein (CRP), pemeriksaan CT Scan, foto rontgen (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012; Lusianah & Suratun, 2010).

a. Test rectal

Pada pemeriksaan rectal dihasilkan bahwa teraba benjolan dan penderita merasa nyeri pada daerah prolitotomi.

b. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah lengkap dapat ditemukan jumlah leukosit antara 10.000-20.000/ml (leukositosis) dan neutrofil 75%.

c. C-Reactive Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendisitis didapatkan peningkatan kadar CRP yaitu 80-90%.

d. Pemeriksaan CT Scan

Pemeriksaan CT Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.

e. Foto abdomen

Pemeriksaan foto abdomen dilakukan untuk mendeteksi adanya pengerasan material pada apendiks (fekalit), ileus terlokalisir.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan atau tindakan untuk mengatasi individu yang mengalami apendisitis adalah pembedahan apendektomi. Pembedahan apendektomi merupakan tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan, apendektomi merupakan satu-satunya tindakan aman dalam penatalaksanaan apendisitis, hal ini harus dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi (Lusianah & Suratun, 2010).

Keterlambatan dalam penatalaksanaan dapat mengakibatkan kejadian perforasi teknik laparoskopik, apendektomi laparoskopik sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca operasi yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat peningkatan kejadian abses pada intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoskopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada pasien dengan akut abdomen (Lemone dkk, 2012).

D. Jurnal Terkait

Berdasarkan penelitian oleh Rahmatun & Heru (2020) tentang penerapan tehnik distraksi nafas ritmik untuk menurunkan nyeri pada pasien post op apendektomi RSUD dr. Dahyatma, MPH Semarang dengan mendapatkan responden sebanyak 2 pasien dengan post operasi apendektomi. Data pengambilan ini menggunakan kuisioner dan observasi. Hasil penelitian menunjukkan adanya intervensi penerapan terapi distraksi nafas ritmik yang diberikan pada Nn. S dan Tn. R dapat menurunkan intensitas nyeri yang dialami oleh kedua responden. Luka post op apendektomi yang dirasakan oleh

Nn. S dan Tn. R sebelum diberikan intervensi pemberian terapi distraksi nafas ritmik intensitas nyeri responden dalam rentang 1-4, setelah diberikan terapi distraksi nafas ritmik intensitas nyeri pasien tergolong dalam nyeri ringan yaitu skala 1-3. Berdasarkan penurunan rata-rata intensitas nyeri tersebut responden dianjurkan melakukan tehnik distraksi ritmik setelah post op apendiktomi untuk menurunkan atau mengurangi nyeri yang dirasakan. Dengan demikian hasil penelitian menunjukkan tehnik distraksi ritmik berpengaruh dalam menurunkan skala nyeri.

Berdasarkan penelitian Aprianto, dkk (2013) tentang efektivitas teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan napas dalam terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD RA kartini jepara. Penelitian ini mengambil sampel partisipan berjumlah 60 pasien pre operasi di RSUD RA kartini jepara yang dilakukan selama 1 hari. Peneliti memberikan terapi imajinasi terbimbing dan napas dalam saat pasien sebelum memasuki ruang operasi agar terapi yang diberikan kepada pasien mencapai hasil optimal.

Berdasarkan penelitian Mayasyanti dan Poppi tahun 2018 tentang Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien pre operatif Appendectomy di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD. Sekarwangi. penelitian ini menggunakan desain penelitian quasy eksperiment dengan pendekatan pre test dan post-test design tanpa control. jumlah sampel sebanyak 17 orang. pengambilan sampel menggunakan accidental sampling. Analisa hipotesis menggunakan uji Wilcoxon. Hasil penelitian didapatkan bahwa 17 orang sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam skala nyeri 5,00 dan sesudah diberikan relaksasi nafas dalam skala nyeri 3,00 berdasarkan hasil uji Wilcoxon bahwa ada pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien pre operatif appendectomy. Kesimpulan dari penelitian ini adalah pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien pre operatif appendectomy. Mengingat relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri pre operatif appendectomy, perawat ruangan dapat diterapkan kepada pasien pre operatif appendectomy sebagai terapi non farmakologi.