

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Perioperatif**

##### **1. Definisi**

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Hipkabi, 2014)

##### **2. Etiologi**

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner &Suddarth, 2013):

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

##### **3. Tahap dalam keperawatan perioperatif**

###### **a. Fase pre operasi**

Fase pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan operasi. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat operasi. Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

### 1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

### 2) Persiapan Fisiologi

- a) Diet (puasa) pada operasi dengan anasthesi umum 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anasthesi lokal / spinal anasthesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b) Persiapan Perut, Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan Kulit, Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- d) Hasil Pemeriksaan, hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e) Persetujuan Operasi/informed consent Ijin tertulis dari pasien/keluarga harus tersedia

b. Fase Intra operasi

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh: memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh.

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :

- 1) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
- 2) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- 3) Tipe anaesthesia yang digunakan.
- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien : Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk. Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- 1) Anggota steril, terdiri dari : ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, Scrub Nurse / Perawat Instrumen
- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari : ahli atau pelaksana anaestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

c. Fase Post operasi

Fase Post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*) / pasca anestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Pada fase ini 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 ke rumah. Fase post operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*), Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.
- 2) Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi, Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room* : RR) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: post anesthesia care unit) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU atau RR biasanya

terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- a) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi)
- b) Ahli anastesi dan ahli bedah
- c) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

#### 4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensi maka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh : perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.
- b. Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh : bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi :

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: incisi dan drainage kandung kemih, sirkumsisi

- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh : Total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain- lain.
5. Komplikasi post operatif dan penatalaksanaanya
- Menurut Smeltzer (2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien yang dilakukan tindakan laparatomi yaitu :
- a. Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.
  - b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.
  - c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

    - 1) Retensi urin

Retensi urine paling sering terjadi pada kasus-kasus operasi rektum, anus dan vagina. Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah pemasangan kateter untuk membatu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

2) Infeksi luka operasi

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

3) Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

4) Embolisme pulmonal

Embolisme dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

5) Komplikasi gastrointestinal

Komplikasi pada gastrointestinal sering terjadi pada pasien yang mengalami operasi abdomen dan pelvis. Komplikasinya meliputi obstruksi intestinal, nyeri dan distensi abdomen.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pre operasi**

#### **a. Pengkajian pre operasi**

Pengkajian di ruang pra operasi perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut berupa validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital, dan kondisi abdomen (Mutaqin, 2009).

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh. Pengkajian pasien pre operasi meliputi:

- 1) Identitas pasien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, suku / bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa
  - 2) Ringkasan hasil anamnesa pre operasi, keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi
  - 3) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut / cemas dan keadaan emosi pasien
  - 4) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.
  - 5) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
  - 6) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sisitem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum akohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.
  - 7) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur
  - 8) Sistem abdomen apakah pasien mengalami jejas dan nyeri pada abdomen
  - 9) Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi?
  - 10) Sistem saraf, bagaimana kesadaran?
  - 11) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement, kapter, perhiasan, make up, scheren, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alergi terhadap obat?
- b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun



potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2018)

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi dalam (PPNI, 2018) yaitu:

1) Ansietas

Definisi:

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

penyebab:

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor:

**Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Ansietas**

Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

**Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Ansietas**

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Orientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait:

- a) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
  - b) Penyakit akut
  - c) Hospitalisasi
  - d) Rencana operasi
  - e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
  - f) Penyakit neurologis
  - g) Tahap tumbuh kembang
- 2) Nyeri akut

Definisi:

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

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

**Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut**

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

**Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut**

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan
  - b) Cedera traumatis
  - c) Infeksi
  - d) Sindroma koroner akut
  - e) Glaukoma
- c. Rencana keperawatan

Rencana intervensi difokuskan pada kelancaran persiapan pembedahan, dukungan prabedah dan pemenuhan informasi. Persiapan pembedahan dilakukan secara umum seperti pembedahan lainnya dengan penggunaan anastesi general. Pasien perlu dipuasakan 6 jam sebelum pembedahan dan mencukur area pubis. elengkapan *informed consent* perlu diperhatikan perawat. (Muttaqin,2009).

Menurut (PPNI, 2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil:

- a) Verbalisasi kebingungan menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c) Perilaku gelisah menurun
- d) Perilaku tegang menurun

Intervensi : Observasi :

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( misal : kondisi, waktu, stresor)
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas ( verbal dan non verbal)

Terapeutik :

- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g) Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- a) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif

- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi :

Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil:

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun
- d) Gelisah menurun
- e) Kesulitan tidur menurun

Intervensi : Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi nyeri non verbal
- 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 efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).

- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : 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 non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

## 2. Intra operasi

### a. Definisi

Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup:

#### 1) Ruang sementara ( *Holding area*)

Perawat dapat menjelaskan tahap-tahap yang akan dilaksanakan untuk menyiapkan klien menjalani pembedahan. Perawat diruang tahanan sementara biasanya adalah bagian dari petugas ruang operasi dan menggunakan pakaian, topi, dan alas kaki khusus ruang operasi sesuai dengan kebijakan pengontrolan infeksi rumah sakit. Beberapa tempat bedah sehari, perawat primer perioperatif menerima kedatangan klien, menjadi perawat sirkulator selama prosedur berlangsung, dan mengelola pemulihan serta kepulangan klien.

Di dalam ruangan tahanan sementara, perawat, anestesi, atau ahli anestesi memasang kateter infus ke tangan klien untuk memberikan prosedur rutin penggantian cairan dan obat-obatan melalui intravena. Biasanya menggunakan kateter IV yang berukuran besar agar pemasukan cairan menjadi lebih mudah. Perawat juga memasang manset tekanan darah. Manset juga terpasang pada lengan klien selama pembedahan berlangsung sehingga ahli anestesi dapat mengkaji tekanan darah klien.

## 2) Kedatangan ke ruang operasi

Perawat ruang operasi mengidentifikasi dan keadaan klien, melihat kembali lembar persetujuan tindakan, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan berbagai hasil pemeriksaan. Pastikan bahwa alat prostese dan barang berharga telah dilepas dan memeriksa kembali rencana perawatan preoperatif yang berkaitan dengan intraoperatif.

## 3) Pemberian anestesi

Anestesi umum klien yang mendapat anestesi umum akan kehilangan seluruh sensasi dan kesadarannya. Relaksasi mempermudah manipulasi anggota tubuh. Klien juga mengalami amnesia tentang seluruh proses yang terjadi selama pembedahan yang menggunakan anestesi umum melibatkan prosedur mayor, yang membutuhkan manipulasi jaringan yang luas.

Ahli anestesi memberi anestesi umum melalui jalur Intra vena dan inhalasi melalui empat tahap anestesi. Tahap 1 dimulai saat klien masih sadar, klien menjadi pusing dan kehilangan kesadaran secara bertahap, dan status analgesic dimulai. Tahap 2 adalah eksitasi, otot kelen kadang-kadang menegang dan hampir kejang, reflek menelan dan muntah tetap ada, dan pola nafas klien mungkin menjadi tidak teratur. Tahap 3 dimulai pada saat irama pernafasan mulai teratur, fungsi vital

terdepresi. Tahap 4 adalah tahap depresi pernafasan lengkap.

4) Pengaturan posisi klien selama pembedahan

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Pasien posisi supine (*dorsal recumbent*): laparotomi eksplorasi.

Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah letak bagian tubuh yang akan dioperasi, umur dan ukuran tubuh pasien, tipe anestesi yang digunakan, nyeri/Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

5) Pemajanan area pembedahan

Pemajanan daerah bedah maksudnya adalah daerah mana yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang hal ini perawat dapat mempersiapkan daerah operasi dengan teknik drapping

6) Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

Posisi pasien di meja operasi selama prosedur pembedahan harus dipertahankan sedemikian rupa. Hal ini selain untuk mempermudah proses pembedahan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan pasien dengan memberikan posisi fisiologis dan mencegah terjadinya injury.

7) Peran perawat selama pembedahan

a) Perawat instrumentator (*scrub nurse*)

Perawat instrumentator (*scrub nurse*) atau perawat sirkulator memberikan instrumen dan bahan-bahan yang di butuhkan oleh dokter bedah selama pembedahan berlangsung dengan menggunakan tehnik aspek pembedahan yang ketat dan terbiasa dengan instrumen pembedahan.



b) Perawat sirkulator

Perawat sirkulator adalah asisten perawat instrumentator dan dokter bedah. Perawat sirkulator membantu mengatur posisi klien dan menyediakan alat dan duk bedah yang dibutuhkan dalam pembedahan. Perawat sirkulator menyediakan bahan- bahan yang dibutuhkan perawat instrumentator, membuang alat dan spon kasa yang telah kotor, serta tetap hitung instrument jarum dan spon kasa yang telah digunakan. Perawat sirkulator juga dapat membantu mengubah posisi klien atau memindahkan posisi lampu operasi, perawat sirkulator juga menggunakan teknik aseptik bedah. Apabila teknik aseptik telah hilang, Perawat sirkulator membantu anggota tim bedah dengan mengganti dan memakai gaun dan sarung tangan steril. Prosedur ini mencegah tertinggalnya bahan-bahan tersebut di dalam luka bedah klien.

b. Pengkajian keperawatan

Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Mutaqqin, 2009).

c. Diagnosis keperawatan

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen asepsis dan prosedur bedah laparatomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam (PPNI, 2018) yaitu :

1) Resiko cedera

Definisi:

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang

menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

Faktor resiko:

*Eksternal*

- a) Terpapar patogen
- b) Terpapar zat kimia toksis
- c) Terpapar agen nosokomial
- d) Ketidakamanan transportasi

*Internal*

- a) Tidak normalan profil darah
- b) Perubahan orientasi afektif
- c) Perubahan sensasi
- d) Disfungsi autoimun
- e) Disfungsi biokimia
- f) Hipoksia haringan
- g) Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
- h) Malnutrisi
- i) Perubahan fungsi psikomotor
- j) Perubahan fungsi kognitif

Kondisi klinis terkait:

- a) Kejang
- b) Sinkop
- c) Vertigo
- d) Gangguan penglihatan
- e) Gangguan pendengaran
- f) Penyakit parkinson
- g) Hipotensi
- h) Kelainan bevus vestibularis
- i) Retardasi mental

2) Resiko perdarahan

Definisi:

Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal

(terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor risiko:

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (mis.ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatis)
- d) Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)
- e) Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)
- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- k) Proses keganasan

Kondisi klinis terkait:

- a) Aneurisma
- b) Koagulopati intravaskular diseminata
- c) Sirosis hepatis
- d) Ulkus lambung
- e) Varises
- f) Trombositopenia
- g) Ketuban pecah sebelum waktunya
- h) Plasenta previa/abruptio
- i) Atonia uterus
- j) Retensi plasenta
- k) Tindakan pembedahan
- l) Kanker
- m) Trauma

d. Rencana keperawatan

Menurut (PPNI, 2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2-3 jam, tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

- a) Perdarahan pasca operasi menurun
- b) Hemoglobin membaik
- c) Tekanan darah dan denyut nadi membaik

Intervensi

Observasi :

- a) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- b) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- d) Monitor koagulasi

Teraupetik :

- a) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- b) Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- c) Gunakan kasur pencegah dekubitus
- d) Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi :

- a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- b) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi
- d) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- e) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- f) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
  - b) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
  - c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
- 2) Risiko cedera berhubungan dengan perubahan sensasi

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2-3 jam, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :

- a) Kejadian cedera menurun
- b) Luka/lecet menurun (PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018)

Intervensi dalam buku NIC (Bulechek, 2013)

- a) Periksa monitor isolasi utama
- b) Siapkan alat dan bahan oksigenasi dan ventilasi buatan
- c) Periksa keadekuatan fungsi dari alat-alat tersebut
- d) Monitor aksesoris spesifik yang dibutuhkan untuk posisi bedah tertentu
- e) Periksa persetujuan bedah dan tindakan pengobatan lain yang diperlukan
- f) Periksa bersama pasien atau orang yang berkepentingan lainnya mengenai prosedur dan area pembedahan
- g) Berpartisipasi dalam fase “*time out*” dalam pre operatif untuk memeriksa terhadap prosedur; benar pasien, benar prosedur, benar area pembedahan, sesuai kebijakan instansi.
- h) Dampingi pasien pada fase transfer ke meja operasi sambil melakukan monitor terhadap alat
- i) Hitung kasa perban, alat tajam dan instrumen, sebelum, pada saat dan setelah pembedahan
- j) Sediakan unit pembedahan elektronik, alas lapang pembedahan dan elektroda aktif yang sesuai
- k) Periksa ketiadaan pacemaker jantung, implan elektrik lainnya, atau prothesis logam yang merupakan kontraindikasi

*electrosurgical surgery*

- l) Lakukan tindakan pencegahan terhadap radiasi ionisasi atau gunakan alat pelindung dalam situasi dimana alat tersebut dibutuhkan, sebelum operasi dimulai
- m) Sesuaikan koagulasi dan arus pemotong sesuai instruksi dokter atau kebijakan institusi
- n) Inspeksi kulit pasien terhadap cedera setelah menggunakan alat pembedahan elektronik.

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi terhadap masalah intrabedah secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam mempertahankan status kesehatan, seperti normalnya tanda vital, kardiovaskular, pernapasan, ginjal, dan lain-lain.

3. Post operatif

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman.

a. Tahapan keperawatan post operatif

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anastesi (PACU: post anesthesia care unit) memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus. Pertimbangan itu diantaranya adalah letak incisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak incisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipindahkan. Banyak luka ditutup dengan tegangan yang cukup tinggi, dan setiap upaya dilakukan untuk mencegah regangan sutura lebih lanjut. Selain itu pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase.

Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Seperti posisi litotomi ke posisi horizontal atau dari posisi lateral ke posisi terlentang. Bahkan memindahkan pasien yang telah dianastesi ke brankard dapat menimbulkan masalah gangguan vaskuler juga, untuk itu pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke barankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah (karena darah atau cairan lainnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi. Selama perjalanan transportasi tersebut pasien diselimuti dan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Selain hal tersebut diatas untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

b. Perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*)

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan).

PACU biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- 1) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi)
- 2) Ahli anastesi dan ahli bedah
- 3) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan : oksigen, laringoskop, set trakheostomi, peralatan bronkhial, kateter

nasal, ventilator mekanik dan peralatan suction.

4) Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari PACU adalah fungsi pulmonal yang tidak terganggu, hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam, mual dan muntah dalam control, dan nyeri minimal

c. Transportasi pasien ke ruang rawat

Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi tetap stabil. Jika mendapat tugas mentransfer pasien, pastikan *aldrete score post* anastesi 7 atau 8 yang menunjukkan kondisi pasien sudah cukup stabil. Waspada hal-hal berikut : henti nafas, vomitus, aspirasi selama transportasi.

d. Perencanaan

Pemindahan klien merupakan prosedur yang dipersiapkan semuanya dari sumber daya manusia sampai dengan peralatannya.

e. Sumber daya manusia (ketenagaan)

Bukan sembarang orang yang bisa melakukan prosedur ini. Orang yang boleh melakukan proses transfer pasien adalah orang yang bisa menangani keadaan kegawatdaruratan yang mungkin terjadi sselama transportasi. Perhatikan juga perbandingan ukuran tubuh pasien dan perawat. Harus seimbang.

f. Equipment (peralatan)

Peralatan yang dipersiapkan untuk keadaan darurat misal: tabung oksigen, sampai selimut tambahan untuk mencegah hipotermi harus dipersiapkan dengan lengkap dan dalam kondisi siap pakai.

g. Prosedur

Beberapa pasien setelah operasi harus ke bagian radiologi dulu dan sebagainya, sehingga hendaknya sekali jalan saja.



Prosedur-prosedur pemindahan pasien dan positioning pasien harus benar-benar diperhatikan demi keamanan dan kenyamanan pasien

1) Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi, dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan.

2) Diagnosa keperawatan post operatif

Diagnosa post operasi saat post operatif dalam (PPNI, 2018) meliputi:

a) Resiko aspirasi

Definisi:

Beresiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat kedalam saluran trakeobronkial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.

Faktor risiko:

- (1) Penurunan tingkat kesadaran
- (2) Penurunan refleks muntah atau batuk
- (3) Gangguan menelan
- (4) Disfagia
- (5) Kerusakan mobilitas fisik
- (6) Peningkatan residu lambung
- (7) Peningkatan tekanan intragastrik
- (8) Penurunan motilitas gastrointestinal
- (9) Sfingter esofagus bawah inkompeten
- (10) Perlambatan pengosongan lambung
- (11) Terpasang selang nasogastrik
- (12) Terpasang trakeostomi atau endotracheal tube
- (13) Trauma pembedahan leher, mulut dan/atau wajah
- (14) Efek agen farmakologis

(15) Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas

Kondisi klinis terkait:

- (1) Cedera kepala
- (2) Stroke
- (3) Cedera medulla spinalis
- (4) *Guillain barre syndrome*
- (5) Penyakit parkinson
- (6) Keracunan obat dan alkohol
- (7) Pembesaran uterus
- (8) *Miestenia gravis*
- (9) Fistula trakeoesofagus
- (10) Striktura esofagus
- (11) Sklerosis multipel
- (12) Labiopalatoskizis
- (13) Atresia esofagus
- (14) Laringomalasia
- (15) Prematuritas

b) Resiko hipotermia perioperatif

Definisi:

Beresiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan

Faktor risiko:

- (1) Prosedur pembedahan
- (2) Kombinasi anastesi regional dan umum
- (3) Skor american society of anesthesiologist (ASA) > 1
- (4) Suhu pra-operasi rendah < 36°C (5) Berat badan rendah
- (5) Neuropati diabetik
- (6) Komplikasi kardiovaskuler
- (7) Suhu lingkungan rendah
- (8) Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak

dihangatkan, irigasi > 2 liter yang tidak dihangatkan)

Kondisi klinis terkait:

Tindakan pembedahan

3) Rencana keperawatan

Menurut (PPNI, 2018), intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

a) Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil:

- (1) Tingkat kesadaran meningkat
- (2) Kemampuan menelan meningkat
- (3) Akumulasi sekret menurun
- (4) Frekuensi napas membaik

Intervensi: Observasi :

- (1) Monitor tingkat kesadaran
- (2) Monitor status pernapasan
- (3) Monitor fungsi kardiovaskuler

Teraupetik :

- (1) Sesuaikan ketinggian tempat tidur, sesuai kebutuhan
- (2) Berikan stimulasi verbal atau taktil, jika perlu
- (3) Berikan oksigen

**Edukasi**

Latih teknik napas dalam dan batuk

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian antiemetik

b) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

**Tujuan:**

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- (1) Mengigil menurun

(2) Suhu tubuh membaik

(3) Suhu kulit membaik.

**Intervensi : Observasi :**

(1) Monitor suhu tubuh

(2) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan )

(3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

**Teraupetik :**

(1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan)

(2) Lakukan penghangatan pasif (misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)

(3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)

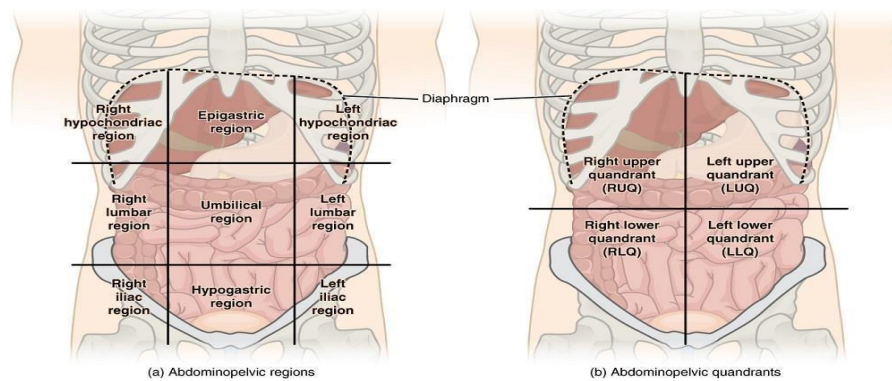
(4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat

**C. Konsep Penyakit Appendiksitis**

1. Anatomi Abdomen

Abdomen merupakan bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Pada anatomi permukaan, batas atasnya adalah aperture thoracis inferior dan batas bawahnya symphysis ossis pubis, ligament inguinalia, crista iliaca dan os sacrum. K arah bawah abdomen menyatu dengan daerah pelvis dan menonjol ke daerah thorak sampai setinggi sela iga ke 5 (Widjaja, 2009). Untuk membantu menetapkan suatu lokasi abdomen, seperti deskripsi letak nyeri, pembengkakan, insise, atau menetapkan lokasi alat viscera abdomen, diperlukan patokan- patokan, yang paling sering digunakan adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang horizontal dan dua bidang vertical menjadi Sembilan daerah (regiones). Dengan

adanya dua buah garis vertical dan dua bidang horizontal yaitu bidang traspyloricum dan bitang intertubercyler abdomen dibagi menjadi sembilan daerah. Daerah-daerah itu adalah : hypocondriaca dextra, epigastrica, hypocondriaca sinistra, lumbalis dextra, umbilical, lumbalis sinistra, inguinalis dextra, pubica/hipogastrica, inguinalis sinistra (Widjaja, 2009).



Gambar 2.1 Pembagian region abdomen (Widjaja, 2009)

- 1) Hypocondriaca dextra meliputi organ : lobus kanan hati, kantung empedu, sebagian duodenum fleksura hepatic kolon, sebagian ginjal kanan dan kelenjar suprarenal kanan.
- 2) Epigastrica meliputi organ : pilorus gaster, duodenum, pankreas dan sebagian hati.
- 3) Hypocondriaca sinistra meliputi organ : gaster, limpa, bagian kaudal pankreas, fleksura lienalis kolon, bagian proksimal ginjal kiri dan kelenjar suprarenal kiri.
- 4) Lumbalis dextra meliputi organ : kolon ascenden, bagian distal ginjal kanan, sebagian duodenum dan jejunum.
- 5) Umbilical meliputi organ : Omentum, mesenterium, bagian bawah duodenum, jejunum dan ileum.
- 6) Lumbalis sinistra meliputi organ : kolon ascenden, bagian distal ginjal kiri, sebagian jejunum dan ileum.
- 7) Inguinalis dextra meliputi organ : sekum, apendiks, bagian distal ileum dan ureter kanan.

- 8) Pubica/Hipogastric meliputi organ : ileum, vesica urinaria dan uterus (pada kehamilan).
- 9) Inguinalis sinistra meliputi organ : kolon sigmoid, ureter kiri dan ovarium kiri.

Dengan mengetahui proyeksi organ intra abdomen tersebut, dapat memprediksi organ mana yang kemungkinan mengalami cedera jika dalam pemeriksaan fisik ditemukan kelainan pada daerah atau regio tersebut.

## 2. Konsep Penyakit Apendisitis

### a. Definisi Apendiksitis Perforasi

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (*apendiks*). Infeksi ini bisa mengakibatkan pernanahan. Bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar (*cecum*). Apendisitis adalah inflamasi akut pada apendiks yang bukan merupakan organ esensial dalam proses pencernaan (Mutaqqin & Sari, 2011).

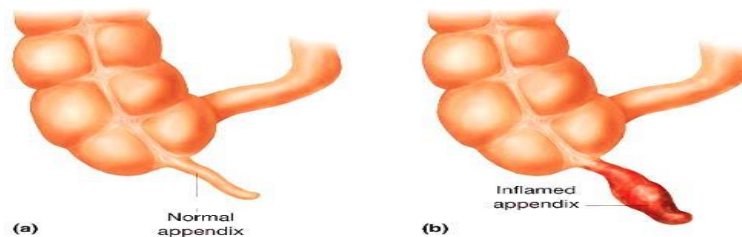
Apendisitis perforasi adalah pecahnya dinding apendiks yang sudah gangrene yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum (Mutaqqin & Sari, 2011).

Jadi, dapat disimpulkan apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis karena adanya ulserasi mukosa atau obstruksi lumen, sedangkan apendisitis perforasi adalah peradangan dinding apendiks akut yang berisi pus yang telah pecah.

### 1) Anatomi Apendiks

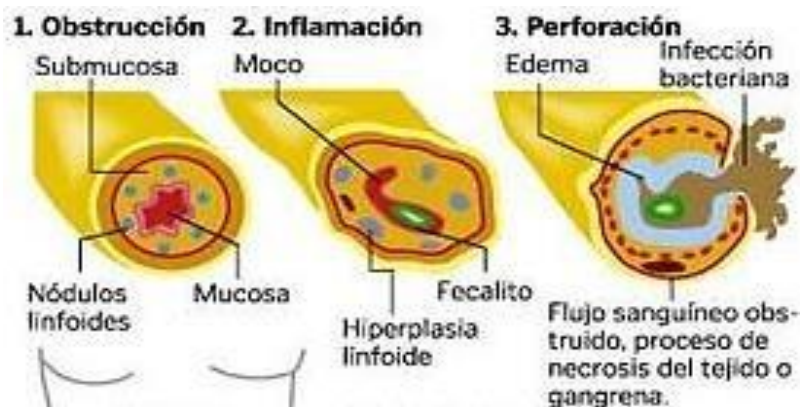
Apendiks vermiformis merupakan saluran kecil berbentuk seperti cacing dengan diameter kurang lebih sebesar pensil dengan panjang 2 - 6 inci. Lokasi apendiks pada daerah illiaka kanan, dibawah katup iliocaecal, tepatnya pada dinding abdomen dibawah titik Mc Burney (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Ujung apendiks dapat terletak diberbagai lokasi, terutama di belakang sekum. Secara fisiologis apendik menghasilkan lender 1 – 2 ml per hari. Secara normal lendir tersebut dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendik tampaknya berperan pada pathogenesis apendisitis (Diyono & Mulyanti, 2013).



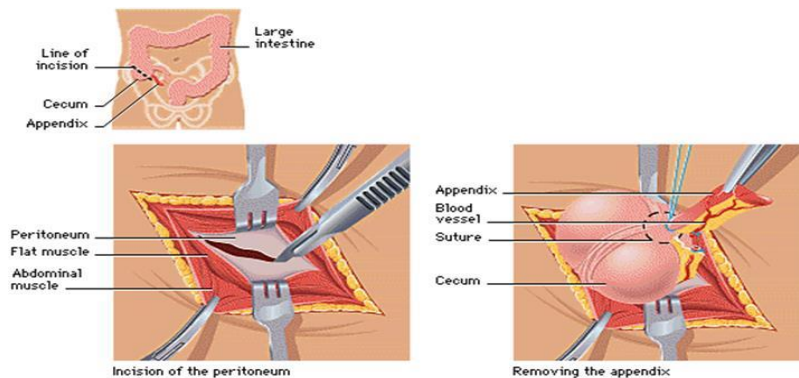
**Gambar 2.2 a. Apendiks normal, b. Apendisitis**

(Synder, 2018))



**Gambar 2.3 Apendisitis Perforasi**

(Jones, 2018)



**Gambar 2.4 Apendiktomi (Craig, 2018)**

## 2) Etiologi

Menurut klasifikasi :

- a) Apendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hyperplasia jaringan limfe, fekalit (tinja/batu), tumor apendiks, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit (*E.histolytica*).
- b) Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali pada 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 secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

## 3) Pathofisiologi

Apendik belum diketahui fungsinya, merupakan bagian dari sekum. Penyebab utama apendisitis adalah obstruksi penyumbatan yang dapat disebabkan oleh hyperplasia dari folikel limfoid merupakan penyebab terbanyak, adanya fekalit dalam lumen apendiks. Adanya benda asing seperti cacing, striktura karena akibat peradangan sebelumnya, sebab lain misalnya keganasan (karsinoma karsinoid).

Obstruksi apendiks itu menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa terbungkus, makin lama mucus yang terbungkus makin banyak dan menekan dinding apendiks

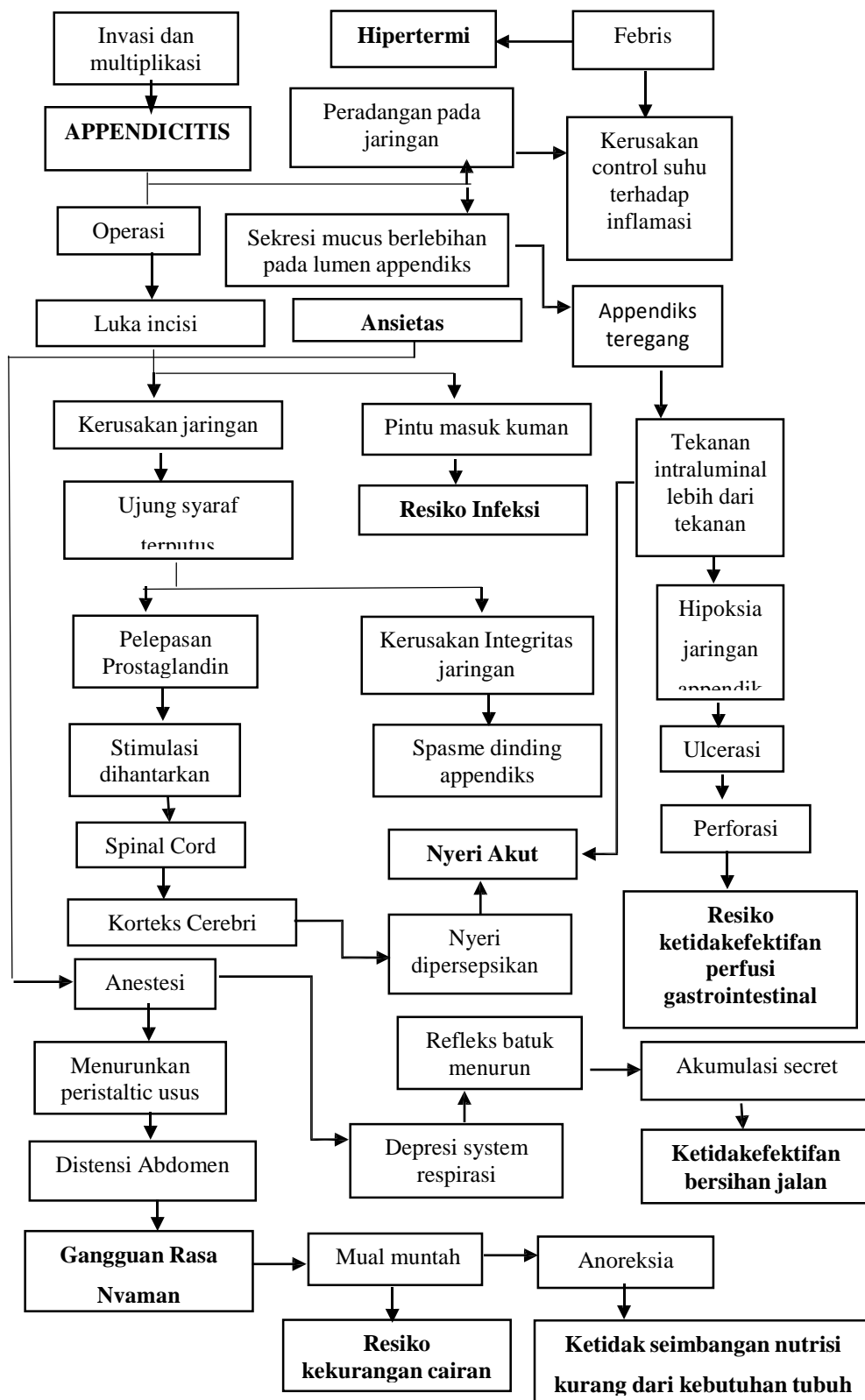


oedem serta merangsang tunika serosa peritonium visceral. Oleh karena itu persyarafan apendiks sama dengan usus yaitu torakal X maka rangsangan itu dirasakan sebagai rasa sakit disekitar umbilicus.

Mucus yang terkumpul itu lalu terinfeksi oleh bakteri menjadi nanah kemudian timbul gangguan aliran vena, sedangkan arteri belum terganggu, peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium parietal setempat, sehingga menimbulkan rasa sakit dikanan bawah abdomen, keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut.

Bila kemudian arteri terganggu maka timbul allergen dan ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding apendik akut itu telah pecah, dinamakan apendisitis perforasi. Bila omentum usus yang berdekatan dapat mengelilingi apendik yang meradang atau perforasi akan timbul suatu masa lokal, keadaan ini disebut sebagai apendisitis abses (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Jadi dapat disimpulkan, peradangan pada apendik dapat terjadi oleh adanya ulserasi dinding mukosa atau obstruksi lumen (biasanya oleh fecalit / feses yang keras). Penyumbatan pengeluaran secret mucus mengakibatkan perlengketan, infeksi dan terhambatnya aliran darah. Dari keadaan hipoksia menyebabkan gangren atau dapat terjadi ruptur dan pecah dalam waktu 24 – 36 jam. Bila proses ini berlangsung secara terus – menerus maka organ disekitar dinding apendik terjadi perlengketan dan akan menjadi abses (kronik). Apabila proses infeksi sangat cepat (akut) dapat menyebabkan peritonitis. Peritonitis merupakan komplikasi yang sangat serius. Infeksi kronis dapat terjadi pada apendik, tetapi hal ini tidak selalu menimbulkan nyeri didaerah abdomen.



#### 4) Manifestasi Klinis

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 beralih ke kuadran 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 37,5-38,5° C.

Kemungkinan apendisitis dapat diyakinkan dengan menggunakan skor Alvarado. Sistem skor dibuat untuk meningkatkan cara mendiagnosis apendisitis.

The Modified Alvarado Score		Skor
<b>Gejala</b>	Perpindahan nyeri dari ulu hati ke perut kanan bawah	1
	Mual – muntah	1
	Anoreksia	1
<b>Tanda</b>	Nyeri di perut kanan bawah	3
	Nyeri lepas	1
	Demam diatas 37,5°C	1
<b>Pemeriksaan lab</b>	Leukositosis	2
	Hitung jenis leukosit <i>shift to the left</i>	1
	Total	10

**Tabel 2.5 The Modified Alvarado Score (Huda & Kusuma)**

#### 5) Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada klien apendisitis adalah sebagai berikut (Dermawan & Rahayuningsih, 2010) :

##### a) Perforasi Apendisitis

Perforasi jaringan terjadi dalam 8 jam pertama, observasi aman untuk dilakukan dalam masa tersebut.

Tanda-tanda perforasi meliputi meningkatnya nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak pasien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti.

b) Peritonitis

Bila terjadi peritonitis umum terapi spesifik yang dilakukan adalah operasi untuk menutup asal perforasi. Bila berbentuk abses apendik akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung kearah rectum atau vagina. Peritonitis merupakan peradangan peritonium (lapisan membrane serosa rongga abdomen) dan organ didalamnya. Tanda – tanda dari peritonitis yaitu (Muttaqin & Sari, 2011):

- (1) Nyeri pada abdomen yang hebat
- (2) Dinding perut terasa tegang
- (3) Demam tinggi
- (4) Dehidrasi
- (5) Sepsis
- (6) Elektrolit darah tidak seimbang

6) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan fisik (Huda & Kusuma, 2015) :

- (1) Inspeksi: tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang
- (2) Palpasi: didaerah perut kanan bawah jika ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri yang mana merupakan kunci dari apendik akut
- (3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat atau tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka terasa nyeri prut semakin parah

(4) Pada apendisitis terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritonium tidak begitu jelas, sedangkan bila apendik terletak di rongga pelvis maka *obturator sign* akan positif dan tanda perangsangan peritonium akan lebih menonjol

b) Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000- 18.000/mm<sup>3</sup>. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah)

c) Pemeriksaan radiologi

- (1) Tampak distensi sekum pada apendisitis akut
- (2) USG: menunjukkan densitas kuadran kanan bawah atau kadar aliran udara terlokalisasi
- (3) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen dan apendikogram.

7) Penatalaksanaan Medis

Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi. Tatalaksana yang dapat dilakukan antara lain:

a) Pembedahan : apendiktomi (dilakukan bila diagnosa apendisitis ditegakan) menurunkan resiko perforasi (Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

(1) Sebelum Operasi

Observasi dalam 8 – 12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis sering kali masih belum jelas. Dalam keadaan ini observasi keadaan ketat perlu dilakukan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis ataupun peritonitis lainnya. 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 abdomen dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan. Lakukan intubasi bila perlu dan berikan antibiotik.

- (2) Operasi Apendektomi ataupun Operasi Laparotomi Eksplorasi jika terjadi Apendisitis Perforasi.
- (3) Pascaoperasi, perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, syok, hipertermia, atau gangguan pernapasan. Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Baringkan klien dalam posisi posisi fowler. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Selama itu klien dipuaskan. Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasakan diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Kemudian berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya diberikan makanan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak. Satu hari pasca operasi klien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Pada hari kedua klien dapat berdiri dan duduk diluar kamar. Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.
- (4) Penatalaksanaan gawat darurat non-operasi, bila tidak ada fasilitas bedah, berikan penatalaksanaan seperti dalam peritonitis akut. Dengan demikian, gejala apendisitis akut akan mereda, dan kemungkinan terjadinya komplikasi akan berkurang

- b) Pemasangan NGT
- c) Pemberian antibiotik yang sesuai dengan hasil kultur
- d) Transfusi untuk mengatasi anemia, dan penanganan syok septik secara intensif.

b. Konsep Laparatomi

1) Definisi Laparatomi

Laparatomi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut. Ada 4 cara (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012), yaitu:

- a) *Midline incision*
- b) *Paramedian*, yaitu ; sedikit ke tepi dari garis tengah  $\pm 2,5$  cm), Panjang (12,5 cm)
- c) *Transverse upper abdomen incision*, yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan *colesistotomy* dan *splenectomy*.
- d) *Ransverse lower abdomen incision*, yaitu : insisi melintang di bagian bawah  $\pm 4$  cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya pada operasi apendiktomi.

2) Indikasi

Adapun indikasi dilakukannya laparatomi diantaranya yaitu :

- a) Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / rupture hepar
- b) Peritonitis
- c) Perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*)
- d) Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- e) Masa pada abdomen

3) Komplikasi

Berikut adalah beberapa komplikasi dari laparatomi, diantaranya yaitu :

- a) Ventilasi paru tidak adekuat
- b) Gangguan kardiovaskuler : Hipertensi , aritmia jantung
- c) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
- d) Gangguan rasa nyaman dan kecelakaan

#### 4) Pemulihan

Pemulihan dapat dilakukan dengan latihan tarik nafas dalam, latihan batuk, menggerakkan otot kaki, menggerakkan otot – otot bokong, latihan berbaring dan turun dari tempat tidur, semuanya dilakukan pada hari ke 2 post operasi.

#### c. Jurnal Terkait

- 1) Penelitian yang dilakukan oleh Mizar erianto dkk (2020) dengan judul perforasi pada penderita apendiksitis di RSUD DR.H.Abdul Moeloek lampung di lakukan dengan metode deskriptif kuantitatif dengan populasi 151 orang dan sampel 110 orang dengan teknik random sampling dengan teknik analisis data uji statistik univariat di dapatkan hasil penelitian distribusi frekuensi usia pasien perforasi apendiksitis 20-30 tahun sebanyak 48 orang (43,63%) jenis kelamin laki-laki sebanyak 92 orang (83,63%) suhu tubuh pasien >37,5 sebanyak 103 pasien(93,63%) kadar leukosit >18.000 /mm sebanyak 84 pasien (76,36%).
- 2) Asuhan keperawatan oleh Seysha Monita Yulistiana (2019) dalam Asuhan Keperawatan pada klien post op Laparotomi eksplorasi atas Indikasi Apendiksitis perforasi di Ruang Topaz RSUD DR. Slamet Garut didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu nyeri akut, infeksi, hambatan mobilitas fisik
- 3) Penelitian yang dilakukan oleh Apipudin (2017) dengan judul Penatalaksanaan Persiapan Pasien Preoperatif Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis dilakukan dengan metode *cross sectional* dengan teknik *quota sampling*. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Penatalaksanaan persiapan *informed consent* pada pasien *preoperatif* 30 orang (100%) dilaksanakan dan Penatalaksanaan persiapan mental/psikis pada pasien *preoperatif* 30 orang (100%) dilaksanakan. Dengan penalataksanaan persiapan pre operatif hal ini berarti antara



pemberian informasi dengan penurunan tingkat kecemasan berbanding lurus yaitu semakin baik/lengkap pemberian informasi maka semakin tinggi tingkat penurunan kecemasannya.

- 4) Penelitian yang dilakukan oleh Adhar Arifudin Dkk (2017) yang berjudul Faktor Risiko Kejadian Apendiksitis dibagian Rawat Inap RSUD Anutapura Palu dengan jenis penelitian opservasional analitik dengan pendekatan case control study dengan teknik accidental sampling menunjukkan hasil penelitian usia dan pola makan merupakan faktor resiko terhadap apendiksitis dan jenis kelamin bukan merupakan faktor resiko.
  - 5) Penelitian yang dilakukan oleh Yuni Rustianawati Dkk (2013) dengan judul Efektivitas Ambulasi dini terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi di RSUD Kudus dengan jenis penelitian kuasi eksperimen dengan desain penelitian non equivalen control group dengan accidental sampling dan uji independent samples T test hasil menunjukkan terdapat perbedaan intensitas nyeri pada hari ke I, II dan III antara kelompok eksperimen yang melakukan ambulasi dini.
- d. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Laparatomi
- 1) Pengkajian
    - a) Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku / bangsa, pendidikan, status menikah, pekerjaan, alamat, no. medrec, tanggal masuk rumah sakit dan tanggal operasi. Penyakit apendisititis dapat terjadi pada usia berapa pun, mengenai baik pria maupun wanita dengan frekuensi yang sama, namun demikian prevalensi banyak terjadi pada pria usia antara pubertas sampai 25 tahun.

b) Keluhan utama

Klien dengan *post op* laparotomi biasanya mempunyai keluhan utama nyeri akibat adanya luka insisi. Keluhan utama yang didapat kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST yang meliputi:

- c) P: Palliative merupakan faktor pencetus terjadinya penyakit, hal yang meringankan atau memperberat gejala, biasanya pada klien *post op* laparotomi akan mengeluh nyeri daerah operasi, bertambah nyeri apabila bergerak dan berkurang bila beristirahat.
- d) Q: Qualitative yaitu bagaimana keluhan nyeri dirasakan. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat benda tajam atau teriris benda tajam.
- e) R: Region sejauh mana lokasi penyebaran nyeri yang di keluhkan. Nyeri dirasakan pada luka operasi dibagian abdomen bagian bawah.
- f) S: Severity/ Skala. Seberapa beratkah nyeri yang dirasakan klien, mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya rentang skala 5-10.
- g) T: Time (waktu). Kapan nyeri mulai timbul, seberapa sering nyeri dirasakan, apakah tiba-tiba atau bertahap. Nyeri bisa dirasakan tiba-tiba dan terus menerus (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).
- h) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu meliputi penyakit apa yang pernah di derita oleh klien seperti operasi abdomen yang dahulu, obat-obatan yang pernah digunakan dan apakah mempunyai riwayat alergi. Pada kesehatan masa lalu ini dikaji tentang faktor resiko penyebab masalah kesehatan sekarang seperti diet/ kebiasaan makan makanan rendah serat dan kebiasaan eliminasi.

i) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji secara hati-hati namun detail, karena banyak penyakit saluran pencernaan terjadi akibat pola kebiasaan pada keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan, bahkan pola sanitasi keluarga seperti cuci tangan, tempat BAB, dan pola memasak makanan. Serta mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan. Secara patologi apendisitis tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi didalam rumah.

j) Pengkajian psikososial

Pengkajian psikososial meliputi informasi tentang penyakit mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita berhubungan dengan keadaannya sekarang.

k) Pola Aktifitas Sehari-hari

- (1) Nutrisi. Klien post operasi laparotomi akibat apendisitis biasanya mengalami mual, kembung, dan dilakukan pembatasan intake/ puasa.
- (2) Eliminasi. Pada klien dengan post operasi biasanya dijumpai penurunan jumlah urine akibat intake cairan yang tidak adekuat akibat pembedahan.
- (3) Istirahat Tidur. Pada klien post operasi bisa ditemukan gangguan pola tidur karena nyeri.
- (4) Personal Hygiene. Pada klien dengan post operasi biasanya klien tidak dapat melakukan personal hygiene secara mandiri karena keterbatasan gerak akibat pembedahan dan nyeri.

(5) Aktifitas. Pada klien dengan post operasi biasanya ditemukan keterbatasan gerak akibat nyeri

## 2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang digunakan untuk klien post operasi Laparatomi Eksplorasi disini menggunakan pemeriksaan fisik persistem.

- a) Sistem pernafasan. Kepatenan jalan nafas, kedalaman, frekuensi dan karakter pernafasan, sifat dan bunyi nafas merupakan hal yang harus dikaji pada klien dengan post operasi. Pernafasan cepat dan pendek sering terjadi mungkin akibat nyeri
- b) Sistem kardiovaskuler, umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisapan kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.
- c) Sistem pencernaan. Pada pengkajian abdominal, ditemukan distensi abdomen, kembung (penumpukan gas), mukosa bibir kering, penurunan peristaltik usus juga biasanya ditemukan muntah dan konstipasi akibat pembedahan
- d) Sistem muskuloskeletal, secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring *post op*. Kelemahan dan kesulitan ambulasi terjadi akibat nyeri di abdomen dan efek dari pembedahan atau anastesi sehingga menyebabkan kekakuan otot. Kekakuan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.
- e) Sistem integumen, akan tampak adanya luka operasi bagian bawah pusar dengan luka *post op* berbentuk vertical dengan Panjang  $\pm$  10 cm karena insisi bedah disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan

peningkatan intake oral.

- f) Sistem perkemihan, awal *post op* klien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena dilakukan puasa terlebih dahulu selama periode awal *post op* laparotomi eksplorasi. Output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral.
- g) Sistem persyarafan, kaji tingkat kesadaran, penurunan sensori, nyeri, refleks, fungsi saraf kranial dan fungsi saraf serebral. Umumnya klien dengan *post op* laparotomi eksplorasi tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi persarafan. Pengkajian fungsi persarafan meliputi: tingkat kesadaran, saraf kranial dan refleks.
- h) Sistem wicara dan THT, pada klien *post op* laparotomi eksplorasi biasanya tidak mengalami masalah ataupun penyimpangan dalam berbicara, mencium dan pendengaran klien.

### 3) Data Psikologis

Biasanya klien stress karena menahan rasa nyeri yang dirasakannya dan terkadang stress dikarenakan banyaknya jumlah pengunjung yang datang itu membuat waktu istirahat klien terganggu.

### 4) Data Sosial

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti biasanya.

### 5) Data Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik jumlah ataupun dalam beribadah yang di akibatkan karena kelemahan fisik dan ketidakmampuannya.

### 6) Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, darah yaitu Hb, leukosit,

trombosit, hematokrit, AGD, data penunjang untuk klien dengan Apendisitis perforasi yaitu :

- a) Laboratorium, peningkatan leukosit dapat mengindikasikan adanya infeksi.
- b) Radiologi, biasanya hasil rontgen menunjukkan adanya apendiksitis perforasi dan segera dilakukan pembedahan.

e. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

Menurut Doenges, Moorhouse, Murr (2018), diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada klien yang menjalani Apendektomi dapat berupa:

- 1) Infeksi, resiko menyebar terhadap pertahanan primer tidak adekuat, destruksi jaringan : perforasi/ruptur pada apendik, peritonitis, pembentukan abses, peningkatan paparan lingkungan terhadap patogen: prosedur invasif, insisi bedah.
- 2) Resiko kekurangan volume cairan, terhadap kehilangan cairan aktif melalui rute normal: muntah praoperasi; deviasi yang mempengaruhi asupan: pembatasan pasca operasi; faktor yang mempengaruhi kebutuhan cairan : status hipermetabolik (demam, proses penyembuhan), inflamasi peritonium dengan sekuestrasi cairan.
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen fisik: keberadaan insisi bedah, distensi jaringan usus (inflamasi).
- 4) Defisiensi pengetahuan (Kebutuhan pembelajaran) mengenai kondisi, prognosis, terapi, perawatan diri, dan kebutuhan pemulangan berhubungan dengan kurang paparan/mengingat kembali, misinterpretasi (salah memahami informasi); tidak familier dengan sumber informasi.

f. Intervensi atau Perencanaan

Menurut buku Rencana Asuhan Keperawatan karya Doenges, Moorhouse, dan Murr (2018), intervensi yang dapat dilakukan adalah :

- 1) Infeksi, resiko menyebar terhadap pertahanan primer tidak

adekuat, destruksi jaringan : perforasi/ruptur pada apendik, peritonitis, pembentukan abses, peningkatan paparan lingkungan terhadap patogen: prosedur invasif, insisi bedah.

Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan tidak terjadi penyebaran atau aktifitas ulang infeksi. Kriteria evaluasi : Meningkatkan penyembuhan luka sesuai waktu; bebas tanda infeksi/inflamasi, drainase purulen, eritema, dan demam.

**Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Diagnosa Resiko Infeksi Menyebar**

.INTERVENSI	RASIONAL
Mandiri : Pantau tanda vital. Perhatikan awitan demam, mengigil, diaforesis, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen	Menyatakan keberadaan infeksi, perkembangan sepsis, abses, peritonitis
Praktikkan dan intruksikan cara mencuci tangan dan perawatan luka aseptik yang baik.	Mengurangi resiko penyebaran bakteri.
Inspeksi insisi dan balutan. Perhatikan karakteristik drainase dari luka/drein (bila dimasukkan), dan keberadaan eritema	Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi, dan memantau perbaikan prioritas yang sudah ada sebelumnya
Dapatkan spesimen drainase, jika diindikasikan Ambil contoh drainase bila diindikasikan.	Apus Gram, kultur, dan uji sesitivitas berguna dalam mengidentifikasi organisme penyebab dan pilihan terapi yang paling tepat
Kolaborasi : Berikan antibiotik yang tepat.	Antibiotik diberikan sebelum apendiktomi merupakan hal yang utama untuk profilaksis infeksi luka dan biasanya tidak dilanjutkan pasca operasi. Antibiotik terapeutik diberikan jika apendiks mengalami ruptur atau abses, atau peritonitis telah terjadi dan berlanjut berdasarkan tanda gejala klinis
Persiapkan untuk dan bantu insisi serta drainase jika diindikasikan	Mungkin diperlukan untuk mengalirkan isi abses yang sudah diketahui letaknya. Terkadang abses dapat dialirkan selama kira-kira 2 minggu sementara antibiotik diberikan untuk mengobati infeski

- 2) Resiko kekurangan volume cairan, terhadap kehilangan cairan aktif melalui rute normal: muntah praoperasi; deviasi yang mempengaruhi asupan: pembatasan pasca operasi; faktor yang mempengaruhi kebutuhan cairan : status hipermetabolik (demam, proses penyembuhan), inflamasi peritonium dengan sekuestrasi cairan.

Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan tidak terjadi syok hipovolemia/dehidrasi.

Kriteria evaluasi : Mempertahankan keseimbangan cairan adekuat yang ditandai dengan membran mukosa lembab, turgor kulit baik, tanda-tanda vital stabil, dan haluaran urine adekuat secara individual.

**Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Diagnosa Resiko Kekurangan Volume Cairan**

INTERVENSI	RASIONAL
Mandiri : Pantau tanda-tanda vital	Variasi membantu mengidentifikasi fluktuasi volume intravaskuler atau perubahan pada tanda-tanda vital terakait dengan respon imun terhadap informasi
Inspeksi membran mukosa; kaji turgor kulit dan pengisian kapiler	Indikator keadekuatan sirkulasi perifer dan hidrasi selular
Pantau asupan dan haluaran; perhatikan warna, kepekatan, dan berat jenis urine	Penurunan haluaran urine pekat dengan peningkatan berat jenis menyatakan dehidras dan peningkatan kebutuhan cairan
Auskultasi bising usus. Perhatikan pelepasan flatus dan pergerakan usus	Indikator kembalinya peristaltik, dan kesiapan untuk memulai asupan oral
Berikan cairan jernih dalam jumlah kecil ketika asupan peroral dilanjutkan kembali, dan lanjutkan dengan diet sesuai toleransi	Mengurangi resiko iritasi lambung dan muntah guna meminimalkan kehilangan cairan.
Berikan perawatan mulut sering dengan perhatian khusus pada perlindungan bibir	Dehidrasi mengakibatkan bibir dan mulut kering, nyeri, pecah-pecah
Kolaborasi : Pantau pemeriksaan laboratorium (mis, elektrolit, BUN, kreatinin)	Pemeriksaan ini memberikan informasi penting tentang keseimbangan cairan.
Pertahankan penghisapan nasogastrik (NGT) dan usus sesuai indikasi	Walaupun sering tidak dibutuhkan, selang NGT mungkin dipasang praoperasi dan dipertahankan pada fase pascaoperasi segera untuk menekan usus, meningkatkan



	istirahat usus, dan mencegah muntah
Berikan cairan IV dan elektrolit	Peritonium bereaksi terhadap iritasi/infeksi dengan menghasilkan sejumlah besar cairan yang dapat menurunkan volume sirkulasi darah, mengakibatkan hipovolemia. Dehidrasi dan dapat terjadi ketidakseimbangan elektrolit.

3) Nyeri akut berhubungan dengan agen fisik: keberadaan insisi bedah, distensi jaringan usus (inflamasi).

Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan nyeri berkurang.

Kriteria evaluasi : Melaporkan nyeri mereda/terkontrol; tampak rileks; mampu tidur dan istirahat dengan baik.

**Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional Diagnosa Nyeri Akut**

INTERVENSI	RASIONAL
Mandiri Catat usia klien, tingkat perkembangan, dan kondisi saat ini.	Mempengaruhi kemampuan melaporkan parameter nyeri
Kaji laporan nyeri, catat lokasi, karakteristik, keparahan (skala 0-10). Investigasi dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat.	Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi epektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri dapat mengindikasikan pembentukan abses / peritonitis, memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang cepat dan tepat
Observasi isyarat nonverbal dan perilaku nyeri (mis, bagaimana klien memegang tubuhnya, ekspresi wajah, seperti meringis, menarik diri, fokus, menyempit, menangis	Isyarat nonverbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator klien jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal
Pantau warna kulit, suhu tubuh juga tanda-tanda vital (mis, denyut jantung, tekanan darah, dan respirasi).	Dapat berubah karena mengalami nyeri akut.
Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler	Gravitasi menempatkan eksudat inflamasi ke bagian bawah abdomen atau pelvis, meredakan tekanan abdomen yang dapat diperjelas dengan posisi supine (telentang)
Anjurkan ambulasi dini	Meningkatkan normalisasi

	fungsi organ, merangsang peristaltik dan mengeluarkan gas (flatus), mengurangi ketidaknyaman abdomen
Berikan aktivitas pengalih	Memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping.
Memberikan tindakan kenyamanan (mis, sentuhan, reposisi, lingkungan yang tenang, bernafas terfokus).	Untuk meningkatkan manajemen nyeri nonfarmakologi.
Dorong penggunaan teknik relaksasi, misalnya latihan napas dalam, bimbingan imajinasi, visualisasi.	Lepaskan tegangan emosional dan otot; tingkatkan perasaan kontrol yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan koping
Kolaborasi : Tetap puasa dan pertahankan penghisapan NG awal	Mengurangi ketidaknyaman karena peristaltik usus dini dan iritasi lambung atau muntah
Berikan analgetik sesuai indikasi hingga dosis maksimum yang diperlukan untuk mempertahankan kenyamanan.	Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain, seperti ambulasi
Berikan kompres es pada abdomen secara berkala selama 24-48 jam pertama.	Menenangkan dan meredakan nyeri melalui desentisasi ujung saraf. Catatan : jangan gunakan pemanas karena dapat menyebabkan kongesti jaringan dan meningkatkan pembentukan edema.

- 4) Defisiensi pengetahuan (Kebutuhan pembelajaran) mengenai kondisi, prognosis, terapi, perawatan diri, dan kebutuhan pemulangan berhubungan dengan kurang paparan/mengingat kembali, misinterpretasi (salah memahami informasi); tidak familier dengan sumber informasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kurang pengetahuan dapat teratasi.

Kriteria evaluasi : Memverbalisasi pemahaman tentang proses penyakit dan potensi komplikasi; memverbalisasi pemahaman tentang kebutuhan terapeutik; berpartisipasi dalam regimen terapi.

**Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional Diagnosa Defisiensi Pengetahuan**

INTERVENSI	RASIONAL
Mandiri : Identifikasi gejala yang memerlukan evaluasi medik, seperti peningkatan nyeri, edema dan eritema luka, adanya drainase dan demam	Intervensi yang cepat dan tepat menurunkan resiko komplikasi serius seperti penyembuhan luka tertunda dan peritonitis
Tinjau pembatasan aktivitas pascaoperasi, seperti mengangkat beban, latihan fisik, aktifitas seks, olahraga, dan mengemudi.	Memberikan informasi pada klien untuk kembali ke rutinitas tanpa insiden yang tidak diinginkan
Anjurkan aktivitas progresif sesuai toleransi dengan periode istirahat berkala.	Mencegah kelelahan, meningkatkan penyembuhan, perasaan sejahtera, dan memfasilitasi memulai kembali aktivitas normal
Rekomendasikan menggunakan laksatif ringan /pelunak feses jika perlu dan hindari enema.	Membantu kembali ke fungsi usus biasa; mencegah mencejan saat defekasi.
Diskusikan perawatan insisi, meliputi mengganti balutan, pembatasan mandi, dan kembali ke dokter untuk pelepasan jahitan dan stapel.	Memahami dapat meningkatkan kerja sama dengan regimen terapeutik, meningkatkan penyembuhan dan proses pemulihan.

g. Implementasi atau Pelaksanaan

Implementasi merupakan fase proses keperawatan dimana rencana diterapkan dalam tindakan. Implementasi dari rencana membutuhkan suatu kombinasi dari keterampilan berpikir kritis, psikomotor, komunikasi serta melibatkan penilaian yang berkesinambungan mengenai situasi untuk memprioritaskan secara tepat dan membuat modifikasi saat diperlukan. Implementasi keparawatan antara lain adalah:

- 1) Melakukan tindakan keperawatan.
- 2) Melanjutkan pengumpulan data.
- 3) Berkomunikasi dengan tim layanan kesehatan.
- 4) Mendokumentasikan (Rosdahl, 2014)

h. Evaluasi

Tahap pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan implementasi. Langkah - langkah dalam mengevaluasi asuhan keperawatan adalah menganalisis respon klien,

mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan, dan perencanaan untuk asuhan selanjutnya. Evaluasi dibagi dalam 2 jenis yaitu :

1) Evaluasi berjalan (Formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami klien.

2) Evaluasi akhir (Sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar dapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi (Rosdahl, 2014)