

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Perioperatif

1. Definisi Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu preoperatif, intraoperatif dan post operatif (Zahara Farhan, 2019). Keperawatan perioperatif adalah praktik keperawatan yang akan dilakukan secara berkesinambungan sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai meja pembedahan, dan berakhir di ruang rawat post operasi. Hal ini dilakukan tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan (Maryunani, 2015).

2. Tahap – Tahap Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif terbagi atas beberapa tahap yang saling berkesinambungan, tahap tersebut terdiri dari praoperatif, intraoperatif, dan pasca operatif (Zahara Farhan, 2019).

a. Tahap Praoperatif

Fase perioperatif adalah tahap awal yang merupakan awalan yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan-tahapan berikutnya. Fase Praoperatif bisa dimulai sejak pasien berada dibagian rawat inap, poliklinik atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan kamar operasi oleh perawatan praoperatif.

b. Tahap Intraoperatif

Fase intraoperatif adalah bagian dari tahapan keperawatan perioperatif dimana pasien sudah berada di meja pembedahan sampai ruang pulih sadar.

c. Tahap Postoperatif

Pasca operasi adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan fisiologis pasien. pasien dipindahkan keruang pemulihan sampai diserahkan kembali kepada perawat ruang rawat

3. Peran dan Tugas dalam Perioperatif

a. Ahli bedah

Ahli bedah adalah dokter yang melakukan prosedur pembedahan, dokter bedah bisa menjadi dokter utama pasien dengan cara dipilih oleh dokter sesuai masalah pasien atau pun pasien sendiri yang memilih tetapi harus kompeten dalam permasalahan pasien.

b. Asisten ahli bedah

Asisten bedah adalah asisten yang ahli bedah biasanya dokter yang berfungsi sebagai peran pembantu ahli bedah selama prosedur pembedahan.

c. Perawat instrumen

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan ditugaskan dalam mengelola asket alat pembedahan selama tindakan pembedahan berlangsung.

d. Perawat sirkuler

Perawat sirkuler adalah tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan tindakan pembedahan.

e. Ahli anestesi

Ahli anestesi adalah tenaga keperawatan profesional yang diberikan wewenang dan tanggung jawab dalam membantu terselenggaranya pelaksanaan tindakan pembiusan di kamar operasi.

(Maryunani, 2015).

4. Etik Kerja dan Sikap Petugas Kamar Operasi

a. Setiap petugas / profesi yang bertugas di kamar operasi harus memiliki dan melaksanakan etika kerja yang seharusnya ditaati.

b. Etika kerja dikamar operasi merupakan nilai-nilai / norma tentang sikap perilaku / budaya yang baik yang telah disepakati oleh masing-masing kelompok profesi di kamar operasi.

- c. Anggota tim melaksanakan kewajiban dan tanggung jawabnya dengan baik serta penuh kesadaran terhadap pasien dan keluarga pasien (Maryunani, 2015).

Sikap petugas dikamar operasi antara lain:

- a. *Caring* yaitu penuh perhatian terhadap klien
- b. *Conscience* (penuh kesadaran) yaitu memiliki pengetahuan atau hal baik dan benar. Moral judgement yang menjaga seseorang dari melanggar prinsip-prinsip etik seseorang.
- c. Disiplin, suatu perilaku yang mengembangkan pengendalian diri atau taat aturan antara efisiensi.
- d. Teknik merupakan metode atau prosedur dalam menciptakan karya yang artistik atau melakukan tindakan yang ilmiah dan mekanis.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Keperawatan perioperatif terdiri dari beberapa fase, diantaranya pre, intra dan post operatif. Asuhan keperawatan perioperatif merupakan asuhan keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan, asuhan keperawatan dimulai dari praoperatif dibagian rawat inap, poliklinik, unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat perioperatif hingga pasien di operasi (intraoperatif) kemudian dilakukan pemulihan diruang pemulihan sampai dengan pemantauan kondisi pasien membaik yang dilakukan diruang rawat inap (post operasi) (Zahara Farhan, 2019).

2. Pengkajian Pre Operatif

Pengkajian pada fase preoperatif dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi dan evaluasi pre operatif dengan cepat dan tanggap. Pengkajian adalah langkah pertama proses keperawatan serta disusun agar perawat dan klien dapat merencanakan hasil pasca operasi yang optimal, Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien (Anggraini, 2019).

Pengkajian praoperatif pada kondisi klinis terbagi atas dua bagian yaitu: Pengkajian komprehensif yang dilakukan perawat pada bagian rawat inap, poliklinik, unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi (Muttaqin, 2009).

- a. Pengkajian umum meliputi: identitas pasien dan persetujuan operasi (*informed consent*).
- b. Riwayat kesehatan meliputi: penyakit yang pernah diderita (lama apendisitis dan jumlah sakit apendisitis), riwayat alergi, skala nyeri
- c. Psikososial meliputi: kecemasan, citra diri, pengetahuan, persepsi, dan pemahaman terhadap apendisitis
- d. Pemeriksaan fisik meliputi: tingkat kesadaran, tanda-tanda vital dan *head to toe* (terutama pada bagian abdomen)
- e. Pengkajian diagnostik meliputi: pemeriksaan laboratorium

3. Pengkajian Intra Operatif

Pengkajian yang dilakukan oleh perawat intraoperatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar dapat segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai sehingga kejadian pada pasien baik yang bersifat resiko maupun aktual dapat teratasi (Muttaqin, 2009).

Pengkajian yang dilakukan intraoperatif meliputi:

- a. Validasi identitas
- b. Proses keperawatan pemberian anestesi dan prosedur pembedahan
- c. Konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi

4. Pengkajian Post Operatif

- a. Setelah dilakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anestesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan ruangan operasi. Dilakukan pemantauan spesifik termasuk ABC yaitu airway, breathing, circulation. Tindakan dilakukan untuk upaya pencegahan post operasi, ditakutkan ada tanda-tanda syok seperti hipotensi, takikardi, gelisah, susah bernapas, sianosis, SPO2 rendah.

- b. suhu tubuh: normal fisiologis yaitu 36,5 °C-37,5 °C.
- c. Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah
- d. Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus di sambungdengan sistem drainase
- e. Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainase: bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainase.
- f. Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat atau memperingan (Mutaqqin, Arif, 2016).

5. **Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yaitu menentukan arah perawatan yang akan diberikan pada satu atau seluruh tahap pembedahan. Diagnosa keperawatan digolongkan berdasarkan karakteristik tertentu yang diperoleh selama pengkajian (Zahara Farhan, 2019).

a. Pre Operatif

Diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) yang lazim muncul pada fase pre operatif antara lain :

- 1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional Operasi
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (SDKI, 2018).

b. Intra Operatif

Diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) yang lazim muncul pada fase intraoperatif antara lain:

- 1) Risiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan
- 2) Resiko cedera ditandai dengan prosedur pembedahan (SDKI, 2018)

c. Post Operatif

Diagnosa keperawatan berdasar kan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) yang lazim muncul pada fase pre operatif antara lain :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik
- 2) Resiko hipotermi ditandai dengan terpaparnya suhu lingkungan rendah.

6. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala jenis treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan untuk diagnosa yang muncul pada fase pre, intra dan post operatif berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) meliputi:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan pada fase pre, intra dan post operatif

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
Pre Operatif			
1.	Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Ansietas menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku tegang 3. Frekuensi nadi membaik	Intervensi Utama : 1. Reduksi Ansietas 2. Terapi Relaksasi Intervensi Pendukung : 1. Bantuan Kontrol Marah 2. Biblioterapi 3. Dukungan Emosional 4. Dukungan Hipnotis Diri 5. Dukungan Keyakinan 6. Dukungan Kelompok 7. Dukungan Mamaafkan 8. Dukungan Pelaksanaan Ibadah

			<ul style="list-style-type: none">9. Dukungan Proses Berduka10. Dukungan pengungkapan Kenutuhan11. Intervensi Kriris12. Manajemen Demensia13. Persiapan pembedahan14. Teknik Distraksi15. Terapi Hipnosis16. Teknik Imajinasi Terbimbing17. Teknik Menenangkan18. Terapi Biofeedback19. Terapi Diversional20. Terapi Musik22. Terapi Penyalagunaan Zat23. Terapi Relaksasi Otot Progresif24. Terapi Reminisens25. Terapi Seni26. Terapi Validasi
--	--	--	--

2.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik 	<p>Intervensi Utama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemn Nyeri 2. Pemberian Analgesik <p>Intervensi pendukung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan Hipnosis Diri 3. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan 4. Edukasi Efek Samping Obat 5. Edukasi Manajemen Nyeri 6. Edukasi Proses Penyakit 7. Edukasi Teknik Napas 8. Komres Dingin 9. Kompres Panas 10. Konsultasi 11. Latihan Pernapasan 12. Manajemen Kenyamanan Lingkungan 13. Manajemen Medikasi 14. Manajemen Sedasi 15. Manajemen Terapi Radiasi 16. Pemantauan Nyeri 18. Pemberian Obat Intravena 19. Pemberian Obat Oral 20. Pemberian Obat Topikal 21. Pengaturan Posisi 22. Pengaturan Posisi
----	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none">23. Perawatan Amputasi24. Perawatan Kenyamanan25. Teknik Distraksi26. Teknik Imajinasi Terbimbing27. Terapi Akupresur28. Terapi Akupuntur29. Terapi Bantuan Hewan30. Terapi Humor31. Terapi Murattal32. Terapi Musik33. Terapi Pemijatan34. Terapi Relaksasi35. Terapi Sentuhan36. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)
--	--	--	--

Intra Operatif			
1.	Resiko perdarahan dibuktikan dengan proses pembedahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kehilangan darah baik internal maupun eksternal menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Hemoglobin membaik tidak kurang dari 10 g/dl 2. Hematokrit membaik 3. Suhu tubuh membaik 4. Tekanan darah membaik	Intervensi Utama: 1. Pencegahan Pendarahan Intervensi Pendukung : 1. Balut Tekan 2. Edukasi Keamanan Anak 3. Edukasi Keamanan Bayi 4. Edukasi Kemoterapi 5. Edukasi Proses Penyakit 6. Identifikasi Risiko 7. Manajemen Kemoterapi 8. Manajemen Keselamatan Lingkungan 9. Manajemen Medikasi 10. Manajemen Trombolitik 11. Pemantauan Cairan 12. Pemantauan Tanda Vital 13. Pemberian Obat 14. Pencegahan Cedera 15. Pencegahan Jatuh 16. Pencegahan Syok 17. Perawatan Area Insisi 18. Perawatan Pasca Persalinan 19. Perawatan Persalinan 20. Perawatan Sirkumsisi 21. Promosi Keamanan Berkendara 22. Surveilans Keamanan Dan Keselamatan

2.	Resiko cedera dibuktikan Dengan prosedur pembedahan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan keparahan dan yang diamati atau dilaporkan menurun cedera dengan kriteria hasil: 1. kejadian cedera menurun 2. luka / lecet 3. pendarahan menurun 4. fraktur menurun	Intervensi Utama : 1. Manajemen Keselamatan Lingkungan 2. Pencegahan Cedera Intervensi Pendukung : 1. Edukasi Keamanan Bayi 2. Edukasi Keamanan Anak 3. Edukasi Keselamatan Rumah 4. Edukasi Pengurangan Resiko 5. Identifikasi Risiko 6. Manajemen Kejang 7. Orientasi Realita 8. Pemberian Obat 9. Pemasangan Alat Pengaman 10. Pencegahan Jatuh 11. Pencegahan Kebakaran 12. Pencegahan Kejang 13. Pencegahan Pendarahan 14. Pencegahan Risiko Lingkungan 15. Pengenalan Fisik 16. Pengembangan Kesehatan Masyarakat 17. Pengenalan Fasilitas 18. Promosi Kamanan Berkendara 19. Promosi Mekanika Tubuh 20. Rujukan Ke Fisioterapiis 21. Skrining Gizi 22. Skrining Kesehatan
----	--	--	---

			23. Surveilens Keamanan Dan Keelamatan 24. Terapi Trauma Anak
--	--	--	--

Post Operatif			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik	<p>Intervensi Utama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemn Nyeri 2. Pemberian Analgesik <p>Intervensi pendukung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan Hipnosis Diri 3 .Dukungan Pengungkapan Kebutuhan 4. Edukasi Efek Samping Obat 5. Edukasi Manajemen Nyeri 6. Edukasi Proses Penyakit 7. Edukasi Teknik Napas 8. Komres Dingin 9. Kompres Panas 10 .Konsultasi 11. Latihan Pernapasan 12. Manajemen Kenyamanan Lingkungan 13. Manajemen Medikasi 14. Manajemen Sedasi 15. Manajemen Terapi Radiasi 16. Pemantauan Nyeri 18. Pemberian Obat Intravena 19. Pemberian Obat Oral

			<ol style="list-style-type: none">20. Pemberian Obat Topikal21. Pengaturan Posisi22. Pengaturan Posisi23. Perawatan Amputasi24. Perawatan Kenyamanan25. Teknik Distraksi26. Teknik Imajinasi Terbimbing27. Terapi Akupresur28. Terapi Akupuntur29. Terapi Bantuan Hewan30. Terapi Humor31. Terapi Murattal32. Terapi Musik33. Terapi Pemijatan34. Terapi Relaksasi35. Terapi Sentuhan36. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)
--	--	--	---

2.	Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan yang rendah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan resiko hipotermia tidak terjadi dengan Kriteria Hasil : 1. menggigil menurun 2. Akral hangat 3. Suhu tubuh membaik (36 °C - 37 °C) 4. Pucat menurun 5. Pengisian kapiler baik (<2 detik) 6. Ventilasi baik (RR:16-20 x/menit) 7. Tekanan darah baik (110-140 mmhg)	<p>Intervensi Utama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Hipotermia 2. Terapi Paparan Panas <p>Intervensi Pendukung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Ventilasi 2. Edukasi Pengukuran Suhu Tubuh 3. Edukasi Program Pengobatan 4. Edukasi Terapi Cairan 5. Edukasi Termoregulasi 6. Kompres Panas 7. Manajemen Cairan 8. Manajemen Lingkungan 9. Manajemen Nutrisi 10. Pamantauan Obat 11. Pemantauan Obat Intravena 12. Pemberian Obat Oral 13. Perawatan Sirkulasi 14. Promosi Dukungan Keluarga 15. Promosi Teknik Kulit Ke Kulit
----	--	---	---

C. Konsep Appendisitis

1. Definisi Diagnosa Medis

Appendisitis merupakan proses peradangan akut maupun kronis yang merupakan kasus gawat bedah abdomen yang paling sering terjadi dikarenakan adanya sumbatan pada lumen apendiks (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

Apendiks adalah umbai kecil meyerupai jari yang menempel pada sekum tepat di bawah katup ileosekal (Brunner & Suddarth, 2018).

Appendisitis adalah peradangan dari apendiks dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering yang disebabkan adanya obstruksi dan iskemia dalam jangka waktu yang bervariasi (Mardalena, 2018).

Appendisitis 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, 2017).

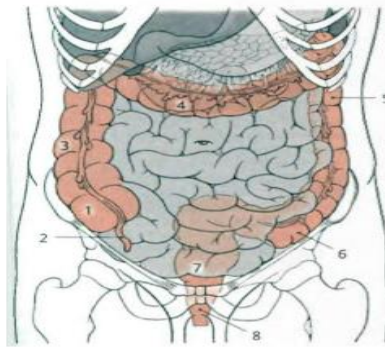
Peritonitis (peradangan dari peritonium) terjadi akibat apendik yang mengalami perforasi, secara cepat perlengketan terbentuk dalam usaha untuk membatasi infeksi dan membantu untuk menutup daerah peradangan, membentuk suatu abses. Ketika penyembuhan terjadi, perlengketan fibrosa dapat terbentuk dan mengakibatkan obstruksi usus. Reaksi-reaksi lokal dari peritonium meliputi kemerahan, edema, dan produksi cairan dalam jumlah besar berisi elektrolit dan protein. Jika infeksi tidak teratasi dapat terjadi hipovolemia, ketidakseimbangan elektolit, dehidrasi dan akhirnya syok. Peristaltik usus dapat terhenti dengan infeksi peritonium yang berat (Padila, 2012).

2. Anatomi Fisiologi

a) Anatomi



Gambar 1. Variasi Lokasi Apendiks, Sumber : *Student Atlas Anatomy*⁹



Gambar 2. Posisi dari usus besar. (1) sekum. (2) apendiks vermiformis. (3) *ascending colon*. (4) *transverse colon*. (5) *descending colon*. (6) *sigmoid colon*. (7) rektum. (8) *anal canal*.

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*. 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% (Prayogu et al., 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 dimuara 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 (Prayogu et al., 2018).

3. Epidemiologi Kasus

Appendicitis paling umum terjadi pada usia 10-20 tahun. Perbandingan rasio laki-laki dengan perempuan adalah 1,4:1. Studi di Amerika Serikat menunjukkan risiko seumur hidup mengalami appendicitis adalah 8,6% untuk laki-laki dan 6,7% pada perempuan. di Inggris Raya melaporkan bahwa antara awal tahun 2007 hingga 2012 dilakukan 42.000 hingga 47.000 tindakan bedah dengan indikasi appendicitis setiap tahunnya. Appendicitis komplikata dilaporkan pada 16,5% hingga 24,4% kasus (Sophia et al., 2020). Data epidemiologi nasional appendicitis di Indonesia masih belum tersedia. Suatu penelitian yang dilakukan pada RSUD Kota Tangerang Selatan menyatakan dari 111 kasus appendicitis, distribusi usia tertinggi pada kelompok umur 17-25 tahun (34,2%). Pasien wanita lebih banyak dibandingkan laki-laki. (Hapsari, 2018). Penelitian lain di RSUP Haji Adam Malik Medan menyatakan prevalensi peritonitis pada pasien dengan appendicitis tahun 2017 sebesar 62,8% (Sembiring, 2018).

4. Etiologi

Apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia folikel limfoid, tumor apendiks, adanya benda asing seperti cacing askariasis, erosi mukosa

apendiks karena parasit seperti *Escherichia Histolytica* dan kebiasaan mengkonsumsi makanan renda serat mengakibatkan konstipasi yang menimbulkan apendisitis sehingga meningkatkan tekanan intrasekal dan menimbulkan sumbatan fungsional apendiks serta meningkatkan pertumbuhan kuman flora pada kolon (Murtaqib & Kushariyadi, 2019).

Klasifikasi menurut (Mardalena, 2018).

- a) Apendisitis akut merupakan peradangan pada apendiks dengan gejala khas yang memberikan tanda setempat, gejalanya anatara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral didaerah epigastrium di sekiar umbilicus. Keluhan ini disertai rasa mual, muntah dan penurunan nafsu makan.
- 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 kebentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
- c) Apendisitis kronis memiliki diagnosis apendisitis kronis terbaru yang dapat ditegakkan jika ditemukan tiga hal yaituu, pertama, pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternatif, kedua setelah dilakukan apendiktomi, gejala yang dialami pasien akan hilang, ketiga, secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendiks.

5. Tanda & Gejala

Serangan apendisitis biasanya berkembang cepat, kondisi dapat didagnosis dalam 4 sampai 6 jam setelah munculnya gejala pertama yaitu :

- a. Nyeri perut : beberapa tanda nyeri yang terjadi pada kasus apendisitis dapat diketahui melalui beberapa tanda nyeri antara lain, Rovsing's sign, psoas sign, dan jump sign. Nyeri perut ini sering disertai mual serta satu atau lebih episode muntah dengan rasa sakit dan nafsu makan menurun.
- b. Nilai leukosit biasanya meningkat dari rentang normal
- c. Pada aukultasi, bising usus normal atau meningkat pada awal

apendisitis dan bising melemah jika terjadi perforasi

- d. Temuan dari hasil USG berupa cairan yang berada disekitar Apendiks menjadi sebuah tanda sonografik penting.
(Mardalena, 2018).

Gejala awal yang khas, yang merupakan gejala klasik apendisitis adalah nyeri di kuadrat kanan bawah, biasanya disertai demam derajat rendah sekitar 37,5 sampai 38,5°C, mual, dan terkadang di jumpai kontipasi dapat terjadi, Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih kekuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney (Murtaqib & Kushariyadi, 2019). Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, dan terdapat tanda rosving (muncul dengan memalpsi kuadrat kiri bawah, yang menyebabkan nyeri di kuadrat kanan bawah) Namun terkadang, jika apendiks pecah, nyeri menjadi lebih menyebar abdomen menjadi terdistensi akibat ileus paralitik (Brunner & Suddarth, 2018).

6. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada apendisitis menurut (Brunner & Suddarth, 2018) yaitu :

a) Perforasi

Perforasi apendiks yang dapat menyebabkan peritonitis pembentukan abses (tertampung materi purelen) atau flebitis portal. Perforasi biasanya terjadi 24 jam setelah nyeri, suhu 37,7 C atau lebih, tampilan toksik, dan nyeri tekan atau nyeri abdomen yang terus menerus.

b) Peritonitis

komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi. Reaksi awal peritonium terhadap invasi bakteri adalah keluarnya eksudat fibrinosa. Kantong-kantong nanah (abses) terbentuk di antara perlekatan fibrinosa yang menempel menjadi satu dengan permukaan sekitarnya sehingga membatasi infeksi. Perlekatan biasanya menghilang bila infeksi menghilang, tetapi dapat menetap sebagai pita-pita fibrinosa yang kelak dapat mengakibatkan obstruksi usus. Bila bahan yang menginfeksi tersebar luas pada permukaan peritonium dapat menimbulkan peritonitis umum. Dengan perkembangan peritonitis umum, aktivitas peristaltik berkurang

sampai timbul ileus paralitik, usus kemudian menjadi atoni dan meregang. Cairan dan elektrolit menghilang ke dalam lumen usus, mengakibatkan dehidrasi syok, gangguan sirkulasi dan oligouria, perlekatan dapat terbentuk antara lengkung-lengkung usus yang meregang dan dapat mengganggu pulihnya pergerakan usus sehingga menyebabkan obstruksi usus. Gejala berbeda-beda tergantung luas peritonitis, beratnya peritonitis dan jenis organisme yang bertanggung jawab. Gejala utamanya adalah sakit perut (biasanya terus menerus), muntah dan abdomen yang tegang, kaku, nyeri, dan demam.

7. Pemeriksaan Penunjang & Hasilnya Secara Teoritis

- a) Pemeriksaan penunjang menurut (Nurarif & Hardi, 2015) : Pemeriksaan fisik.
 - 1) Inspeksi: akan tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).
 - 2) Palpasi: didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosa apendisitis akut.
 - 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat / tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri diperut semakin parah (psoas sign).
 - 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
 - 5) Suhu dubur (rectal) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (axilla), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu. Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak dirongga pelvis maka obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.
- b) Pemeriksaan laboratorium
Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).
- c) Pemeriksaan radiologi

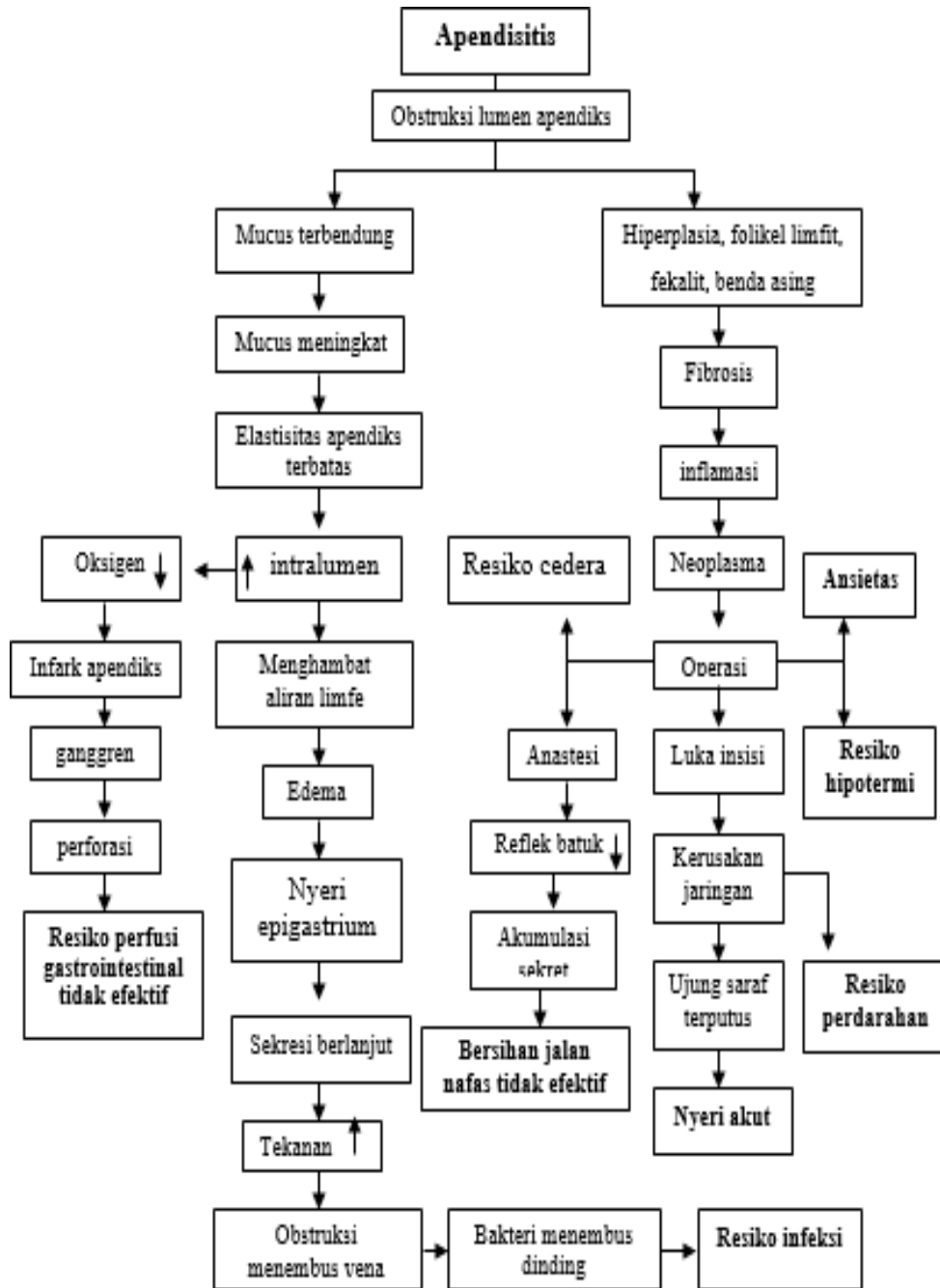
- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)
- 2) Ultrasonografi (USG), Computerized Tomography Scan (CT-Scan). Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

8. Patofisiologi

Apendisitis memiliki tanda patogenik primer diduga karena obstruksi kumen dan ulserasi mukosa menjadi langkah awal terjadinya Apendisitis. Obstruksi lumen yang tertutup disebabkan oleh hambatan pada bagian proksimal. Selanjutnya, terjadi peningkatan sekresi normal dari mukosa apendiks yang distensi secara terus menerus karena dari multiplikasi cepat dari bakteri. Obstruksi juga menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbungkus. Semakin lama, mukus tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding apendiks terbatas sehingga meningkatkan tekanan intralumen.

Tekanan yang meningkat tersebut akan menyebabkan apendiks mengalami hipoksia, hambatan aliran limfe, ulserasi mukosa, dan invasi bakteri. Infeksi memperberat pembengkakan apendiks dan trombosis pada pembuluh darah dinding apendiks yang menyebabkan iskemik. Dan terjadi apendistis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat dan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, serta bakteri akan menembus dinding. Bila kemudian arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan 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, apendiks tersebut mungkin peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang dikarenakan pecah atau perforasi yang terjadi pada bagian usus buntu atau apendiks (Mardalena, 2018)

9. Pathways



(Sumber: (Nurarif & Hardhi, 2015).

Gambar. 3 (WOC) Web Of Caution Apendisitis

11. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dan istirahat ditempat tidur. Penatalaksanaan pembedahan hanya dilakukan bila dalam perawatan terjadi abses dengan atau tanpa peritonitis umum. Penatalaksanaan menurut (Mardalena, 2018) :

a. Sebelum operasi

1. pemasangan sonde lambung untuk dekompresi
2. Pemasangan kateter untuk kontrol produksi urine
3. Rehidrasi
4. Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi dan diberikan secara intravena
5. Obat-obatan penurun panas diberikan setelah rehidrasi tercapai
6. Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi.

b. Operasi

1. *Appendectomy*

Penatalaksanaan apendisitis dengan prosedur pembedahan appendectomy adalah pengangkatan apendiks yang terinflamasi. Pada prosedur appendectomy, insisi dilakukan pada bagian titik Mc. Burney saja.

2. Laparatomi

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

3. Laparoscopi

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

c. Post operasi

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

10. Prosedur Tindakan Operasi

a) Persiapan

- 1) Beri salam, perkenalkan diri pada klien dan keluarga
- 2) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi dini pada klien dan keluarga
- 3) Beri kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya
- 4) Ukur tanda-tanda vital klien
- 5) Jaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu kamar klien
- 6) Atur posisi klien nyaman mungkin

(Mardalena, 2018)

b) Pelaksanaan

Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin mulai dari 6-12 setelah operasi dan harus dibawah pengawasan perawat untuk memastikan bahwa latihan tersebut dilakukan dengan tepat dan dengan cara yang aman. Latihan tersebut melalui tahap-tahap yaitu

- 1) Pada saat awal (6 sampai 12 jam setelah operasi)
Pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengontraksikan otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya seperti miring ke kanan atau miring ke kiri setiap 2 jam.
- 2) Pada 12 sampai 24 jam berikutnya
Jika pasien mampu beradaptasi untuk melakukan miring kanan dan miring kiri, selanjutnya pasien dibantu untuk bergerak secara bertahap dari posisi berbaring ke posisi duduk sampai semua tanda pusing hilang. Posisi ini dapat dicapai dengan menaikkan bagian kepala tempat tidur.
- 3) Pada hari kedua atau hari ketiga pasca operasi
Apabila pasien dapat duduk di tempat tidur tanpa mengeluh pusing bantu pasien untuk menjuntaikan kaki di samping tempat tidur sambil digerak-gerakkan, jika tanda-tanda vital normal dan pasien tidak mengeluh pusing bantu pasien untuk berdiri di samping tempat tidur dan bantu pasien untuk berjalan perlahan dalam jarak 2-3 meter.
- 4) Hari keempat pasien dibantu untuk berjalan ke kamar mandi dan jika luka operasi kering, pemenuhan nutrisi baik, hasil pemeriksaan penunjang baik, tidak ada komplikasi lainnya, perawat dapat memberitahu dokter agar pasien boleh dipulangkan.

(Mardalena, 2018)

c) Evaluasi

- 1) Evaluasi hasil kegiatan
- 2) Evaluasi respon klien sebelum dan sesudah tindakan
- 3) Ukur tanda-tanda vital
- 4) Beri reinforcement positif pada klien dan keluarga.

(Mardalena, 2018)

12. Jurnal Terkait

- a) Penelitian yang dilakukan oleh (Faramida & Riza, 2019) dengan judul Pengaruh Pemberian Informasi Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Appendicitis di Ruang Bedah Wanita Rsud Meuraxa Kota Banda Aceh dilakukan dengan metode *quasy experimental design* dengan pendekatan *group pretest posttest design*. Teknik pengambilan sampel yaitu *Accidental sampling* Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Penatalaksanaan persiapan informed consent pada pasien preoperatif 16 orang dilaksanakan dan Penatalaksanaan persiapan mental/psikis pada pasien preoperatif 16 orang (100%) dilaksanakan. Dengan penatalaksanaan 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.
- b) Berdasarkan hasil penelitian (Rahmawati et al., 2015) dengan judul penelitian kenyamanan pasien pre operasi diruang rawat inap bedah Marwah RSUD Haji Surabaya. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien pre operasi di ruang Marwah. Sampel penelitian sebesar 26 responden yang dipilih dengan teknik *consecutive sampling* variabel independen penelitian adalah usia, pengalaman pembedahan, kecemasan, dukungan keluarga, nyeri, dan variabel dependen adalah kenyamanan pre operasi. Pengumpulan data menggunakan kuisioner dan observasi. Data dianalisis menggunakan *Spearman's Rho* dan *Chi square* dengan $\alpha < 0,05$. Hasil menunjukkan bahwa usia, kecemasan, dukungan keluarga, dan nyeri berhubungan signifikan dengan kenyamanan, dengan *p value* masing-masing $p=0,000$; $p=0,015$; $p=0,036$ dengan koefisien korelasi masing-masing $r=0,769$; $r=0,832$; $r=0,414$. Pengalaman pembedahan juga berhubungan dengan kenyamanan ($p=0.000$; $\chi^2 15,376$). Usia, pengalaman pembedahan, kecemasan, dukungan keluarga, dan nyeri berhubungan dengan kenyamanan pasien pre operasi di Ruang Marwah RSUD. Haji Surabaya.

- c) Berdasarkan hasil penelitian (Yadi, 2018) dengan judul penelitian Pengaruh Terapi Distraksi Visual Dengan Media Virtual Reality Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Laparotomi di Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang. penelitian ini menggunakan desain penelitian pra eksperimen dengan rancangan one group pretest-posttest. Teknik sampling menggunakan teknik purposive sampling dengan jumlah sampel 11 responden.. Analisa hipotesis menggunakan uji Wilcoxon Hasil penelitian diperoleh rata- rata intensitas nyeri sebelum terapi distraksi visual dengan media virtual reality 5.18 dengan standar deviasi 0.751. Sedangkan intensitas nyeri sesudah terapi 3.55 dengan standar deviasi 1.036. Hasil uji statistik didapatkan hasil p value 0.002 ($p\text{-value } 0.002 < \alpha 0.05$), maka disimpulkan ada pengaruh terapi distraksi visual dengan media virtual reality terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi laparotomi. Mengingat terapi distraksi visual dapat menurunkan nyeri post operatif appendectomy, perawat ruangan dapat diterapkan kepada pasien post operatif appendectomy sebagai terapi non farmakologi
- d) Berdasarkan hasil penelitian (Mayasyanti Dewi Amir, 2018) dengan judul penelitian Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post 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. 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 post operatif appendectomy. Kesimpulan dari penelitian ini adalah pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif appendectomy. Mengingat relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri post operatif appendectomy, perawat ruangan dapat diterapkan kepada pasien post operatif appendectomy sebagai terapi non farmakologi.