BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Pengertian perioperatif

Menurut Potter & Perry (2010) pembedahan merupakan salah satu metode mengobati yang sulit dan tidak mungkin untuk disembuhkan dengan menggunakan obat-obatan yang sederhana. Sedangkan menurut Sjamsuhidajat & Jong (2011) dalam Utami (2015) pembedahan atau operasi merupakan tindakan yang dilakukan dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh tersebut umumnya dilakukan dengan sayatan. Setelah bagian tubuh yang akan ditangani tampak, kemudian akan dilakukan tindakan perbaikan yang diakhiri dengan menjahit luka sayatan. Menurut Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) tindakan operasi merupakan tindakan prosedur medis yang bersifat invasif untuk diagnosis, pengobatan penyakit, trauma dan deformitas (HIPKABI, 2014 dalam Taufan, 2017).

Menurut Majid (2016) keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu perioperatif phase atau pra operasi, intraoperatif phase atau intra operasi, dan postoperatif phase atau pasca operasi. Masing- masing fase dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup tentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan. Disamping itu kegiatan perawat perioperatif juga memerlukan dukungan dari tim kesehatan lain yang berkompeten dalam perawatan pasien sehingga kepuasan pasien dapat tercapai sebagai suatu bentuk pelayanan prima.

Sejalan dengan perkembangan teknologi yang kian maju, prosedur

pembedahan mengalami kemajuan yang sangat pesat, di mana perkembangan teknologi mutakhir telah mengarahkan kita peraturan prosedur pada yang lebih kompleks dengan penggunaan teknik bedah mikro atau penggunaan laser peralatan bebas lebih canggih dan peralatan monitoring lebih sensitif. Kemajuan yang sama juga ditunjukkan dalam bidang farmasi terkait dengan penggunaan obat-obat anestesi kerja singkat sehingga pemulihan pasien akan berjalan lebih cepat. Kemajuan dalam bidang teknik pembedahan dan teknik anestesi tentunya harus diikuti oleh peningkatan kemampuan masing-masing personal atau terkait dengan teknik dan juga komunikasi psikologis sehingga hasil yang diharapkan dari pasien bisa tercapai.

2. Tahap-tahap perioperatif

a. Fase pra operasi

Masa pra operasi dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien berada di meja operasi. Sebelum pembedahan dilakukan lingkup aktivitas keperawatan mencakup pengkajian dasar pasien di tatanan klinik maupun rumah, wawancara pra operasi dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan dan pembedahan.Tujuan perawatan pre operasi:

1) Menciptakan hubungan yang baik dengan pasien memberikan penyuluhan tentang tindakan.
2) Mengkaji merencanakan dan memenuhi kebutuhan pasien.
3) Mengantisipasi dan menanggulangi kesulitan yang mungkin timbul.

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

1) Rumah sakit

   Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

2) Persiapan pasien di unit perawatan

   Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi,

keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, Pencukuran daerah operasi, Personal hygiene, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi.

3) Faktor resiko terhadap pembedahan

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

4) Pemeriksaan penunjang

   Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, (Electrocardiogram) ECG, dan lain-lain.

5) Pemeriksaan status anastesi

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

6) *Informed consent*

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

7) Persiapan mental/psikis

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

b. Fase intra operasi

Intra operasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke meja operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang PACU atau post *anesthesia care unit* pemulihan atau recovery room. Pada fase ini ruang lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan intravena kateter, pemberian medikasi intravena, dan melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan

pasien.

1) Persiapan pasien dimeja operasi

   Persiapan anastesi dan kemudian prosedur *drapping*.

2) Prinsip-prinsip umum

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

3) Fungsi keperawatan intra operatif

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

4) Aktivitas keperawatan secara umum

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

Menurut Majid Judha dan Istianah (2011), anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya dibagi dalam dua bagian yaitu :

1) Anggota steril, terdiri dari: ahli bedah utama/operator, asisten ahli bedah, *Scrub Nurse* atau perawat instrumen.
2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana anastesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (operator alat, ahli patologi, dan lainnya). Pembagian tugas tim operasi antara lain :

a) Perawat steril :
   - Mempersiapkan atau pengadaan alat dan bahan yang diperlukan untuk operasi.
   - Membantu ahli bedah dan asisten bedah saat prosedur bedah berlangsung.
   - Membantu persiapan pelaksanaan alat yang dibutuhkan selama seperti jarum, pisau, kasa dan instrumen yang dibutuhkan untuk operasi.

b) Perawat sirkuler :
   - Mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi aktivitas keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
   - Mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman.
   - Menyiapkan bantuan kepada tiap anggota tim menurut kebutuhan.
   - Memelihara komunikasi antar anggota tim di ruang bedah. Membantu mengatasi masalah yang terjadi.

c. Fase pasca operasi

Masa pasca operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau ruang perawatan bedah atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan meliputi rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen atau obat anestesi dan 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 pasien. Perawatan pasca anestesi atau pembedahan dimulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pulih sadar sampai diserahterimakan kembali pada perawat di ruang rawat inap jika kondisi pasien tetap kritis pasien dipindahkan ke ICU atau *intensive care unit* (Majid, 2016).

a. Teori Apendiktomi

1. Pengertian Apendiktomi

Apendiktomi adalah tindakan pembedahan yang dilakukan untuk memotong jaringan appendiks yang mengalami peradangan. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparaskopi, yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif (Smeltzer, 2001).

2. Komplikasi Apendiktomi

Komplikasi yang terjadi pada pasien post apendiktomi menurut Mansjoer, (2000) : Apendisitis merupakan penyakit yang jarang mereda dengan spontan, tetapi peyakit ini mempunyai kecenderungan menjadi progresif dan mengalami perforasi. Karena perforasi jarang terjadi dalam 8jam pertama, maka 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 terlokalisasi, ileus, demam, malaise dan leukositosis semakin jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak klien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti.Bila terjadi peritonitis umum, terapi spesifik yang dilakukan adalah operasi untuk menutup asal perforasi. Sedangkan tindakan lain sebagai penunjang : tirah baring dalam posisi *fowler medium*, pemasangan NGT (*Naso Gastric Tube*), puasa, koreksi cairan dan elektrolit, pemberian penenang, pemberian antibiotik berspektrum luas dilanjutkan dengan pemberian antibiotik yang sesuai dengan kultur, transfusi untuk mengatasi anemia, dan penanganan syok septik secara intensif, bila ada. Bila terbentuk abses apendiks akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung ke arah rektum atau vagina.. Hal ini harus dicurigai bila ditemukan demam sepsis, menggigil, hepatomegali, dan ikterus setelah terjadi perforasi apendiks.

Pada keadaan ini diindikasikan pemberian antibiotik kombinasi dengan drainase. Komplikasi lain yang terjadi ialah *abses subfrenikus* dan fokal sepsis intraabdominal lain. Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlengketan.

3. Penutupan Luka Apendiktomi

Insisi abdomen ditutup dalam lapisan dengan benang yang tak dapat diabsorbsi. Bila apendiks ganggrenosa atau perforasi dan ada kontaminasi hebat, maka jaringan subcutis dan kulit harus ditampon ringan dengan kasa pembalut dan dibiarkan terbuka. Setelah beberapa hari tampon dilepaskan dan jika jaringan granulasi sehat, maka tepi kulit didekatkan dengan pita kupu-kupu. Penutupan primer tertunda jarang diperlukan.Beberapa ahli bedah lebih suka meninggalkan kateter dengan beberapa lubang di dalam ruang subcutis dan menutup kulit. Pengisapan pada kateter menghilangkan ruang mati dan kumpulan cairan di dalam jaringan subcutis serta memberikan jalan untuk infus antibiotika ke daerah ini beberapa kali sehari selama 4-5 hari. Tanpa memandang metode penutupan luka yang digunakan dalam kasus supuratif, teknik bedah harus cermat dan harus hati- hati untuk mencegah kontaminsi luka yang takseharusnya (Sabiston, D.C.,1994).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pre Operasi

Menurut Majid (2016) keperawatan pra operasi merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Pengkajian pre operasi meliputi pengkajian umum, riwayat kesehatan, pengkajian psiko sosio spiritual, pemeriksaan fisik, dan pengkajian diagnostic. Pengkajian psikologis dilakukan untuk menilai tingkat kecemasan pre operasi disebabkan oleh ketidaktahuan proses pembedahan dan konsekuensinya.

Berbagai dampak psikologis yang muncul akibat kecemasan pre operasi seperti marah, menolak, atau apatis terhadap kegiatan keperawatan. Kecemasan juga dapat menimbulkan perubahan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya mengaktifkan saraf otonom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi napas, dan secara umum dapat mengurangi energi pada pasien. Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stressor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh (Muttaqin & Sari, 2009)

b. Intra Operasi

Pengkajian intra operasi bedah secara ringkas mengkaji hal- hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi. Menurut Majid (2016) pada saat pembedahan perawat perlu melakukan monitoring atau pemantauan fisiologis padapasien meliputi :

a. Pemantauan Keseimbangan cairan

   Penghitungan balance cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan balance cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar pengecekan pada kantong kateter urin kemudian dilakukan koreksi terhadap imbalan cairan yang terjadi. Seperti dengan pemberian cairan infus.

b. Memantau kondisi kardiopulmonal

   Pemantauan kondisi kardiopulmonal harus dilakukan secara kontinu untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernapasan nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain-lain

c. Memantau perubahan tanda-tanda vital

   Pemantauan tanda-tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi pasien masih dalam batas normal jika terjadi gangguan harus dilakukan intervensi secepatnya. Biasanya pada fase intra operasi pasien akan mengalami hipotermi yang disebabkan oleh suhu ruangan rendah.

Infus yang dingin, inhalasi gas-gas dingin, luka terbuka pada tubuh, usia lanjut, atau obat-obatan yang digunakan.

a. Monitoring dan dukungan psikologis yang dilakukan sebelum induksi dan bila pasien sadar antara lain:
   a) Memberikan dukungan emosional pada pasien
   b) Berdiri di dekat pasien dan memberikan sentuhanselama prosedur induksi
   c) Mengkaji status emosional pasien dan mengkomunikasikan status emosional pasien kepadatim kesehatan jika ada perubahan.

c. Post Operasi

Menurut Majid (2016) pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

1) Pengkajian Awal

   Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut:
   a) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yangdilakukan
   b) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalannafas, TTV
   c) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
   d) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin mempengaruhi perawatan pasca operasi
   e) Patologi yang dihadapi
   f) Cairan yang diberikan, kehilangan darah danpenggantian
   g) Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukunglainnya
   h) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

2) Status Respirasi

   Kontrol pernafasan
   a) Obat anastesi tertentu dapat menyebabkandepresi pernafasan
   b) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernafasan, kesimetrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan warna membran

mukosa

c) Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yangnyaman dengan kecepatan normal

d) Salah satu kekhawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring

3) Status Sirkulasi

a) Pasien berisiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan depresi mekanisme regulasi sirkulasi normal

b) Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien

c) Perawat membandingkan tanda-tanda vital pra operasi dan post operasi

4) Status Neurologi

a) Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengancara memanggil namanya dengan suara sedang

b) Mengkaji respon nyeri

5) Muskuloskeletal

Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cedera posisi post operasi. Pada fase post operasi perawat juga harus memantau keadaan muskuloskeletal pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2018) Diagnosa keperawatan pre operasi, intra operasi, dan post operasi adalah sebagai berikut :

a. Diagnosa Keperawatan *Pre* Operatif

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) **(D.0077**).

2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional operasi **(D.0080)**

b. Diagnosa Keperawatan IntraOperatif

1) Resiko pendarahan berhubungan dengan proses pembedahan **(D.0012)**

d. Diagnosa Keperawatan *Post* Operasi

1) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Faktor Mekanis(luka post op *apendiktomi)* **(D.0129)**

2) Risiko hipotermi perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah (**D.0141)**

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Rencana Intervensi Keperawatan (SDKI, SLKI, SIKI)

NO.	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
Pre Operatif			
1.	Nyeri kronis b.d agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Intervensi utama - Manajemen nyeri - Perawatan kenyamanan - Terapi relaksasi Intervensi pendukung - Edukasi manajemen stres - Edukasi proses penyakit - Edukasi tarik nafas - Pemberian analgesik - Terapi murottal

2.	Ansietas b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Bingung menurun 2. Khawatir menurun 3. Gelisah menurun 4. Tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	Intervensi Utama - Reduksi ansietas - Terapi relaksasi Intervensi Pendukung - Persiapan pembedahan - Dukungan emosi - Teknik distraksi - Terapi musik - Terapi relaksasi otot progresif
Intra Operatif			
1.	Risiko perdarahan d.d tindakan pembedahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil: 1. Kelemmbapan membran mukosa meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 3. Perdarahan pasca operasi menurun 4. Hemoglobin membaik 5. Hematokrit membaik 6. Suhu tubuh membaik	Intervensi Utama - Pencegahan perdarahan Intervensi Pendukung - Pemantauan tanda vital - Pemberian obat - Pencegahan syok - Perawat area insisi
2.	Risiko hipotermia perioperatif d.d terpapar suhu lingkungan rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Pucat menurun 3. Suhu tubuh membaik 4. Suhu kulit membaik	Intervensi Utaman - Manajemen hipotermia - Pemantauan hemodinamik invasif Intervensi Pendukung - Edukasi efek samping obat - Pemantauan tanda vital - Perawatan pasca anastesi
Post Operasi			
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiki	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun	Intervensi utama - Manajemen nyeri - Perawatan kenyamanan - Terapi relaksasi Intervensi pendukung - Edukasi manajemen stres

		2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik	- Edukasi proses penyakit - Edukasi tarik nafas - Pemberian analgesik
2.	Gangguan citra tubuhb b.d perubahan struktur/bentuk tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun 2. Verbalisasi kekhawatiran pada reaksi orang lain menurun 3. Melihat bagian tubuh membaik 4. Menyentuh bagian tubuh membaik	Intervensi Utama - Promosi citra tubuh Intervensi Pendukung - Edukasi perawaatan diri - Teknik ditraksi - Teknik imajinasi terbimbing
3	Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Faktor mekanis(luka post op *apendiktomi)*	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil : 1. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan 2. Menunjukan proses perbaikan kulit yang baik mencegah terjadinya cedera berulang 3. Mampu melindungi kulit dan kelembapan kulit	Intervensi Utama - Perawatan integritas kulit - Perawatan luka - Intervensi Pendukung - Edukasi perawatan kulit - Dukungan perawatan diri - Edukasi perawatan diri - Edukasi perilaku upaya kesehatan - Edukasi perilaku kebersihan - Edukasi program pengobatan - Pelaporan status kesehatan - Pemberian obat kulit - Penjahitan luka tekan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartonah, 2015). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat

kepada kebutuhan Pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti,2017). Jenis implementasi keperawatan dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

a. *Independent Implementations*

   Implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

b. *Interdependen/Collaborative Implementations*

   Tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.

c. *Dependent Implementations*

   Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) anjuran dari bagian fisioterapi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

Komponen catatan perkembangan, antara lain sebagai berikut: Kartu SOAP (data subjektif, data objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

- S (Subjektif)

  Data subjektif yang diambil dari keluhan pasien, kecuali pada pasien yang afasia.
- (Objektif)

  Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- A (Analisis/assessment)

  Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosa atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, seing memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.
- P (Perencanaan/planning)

  Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan Pasien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang telah ditentukan.

C. Konsep *Apendisitis*

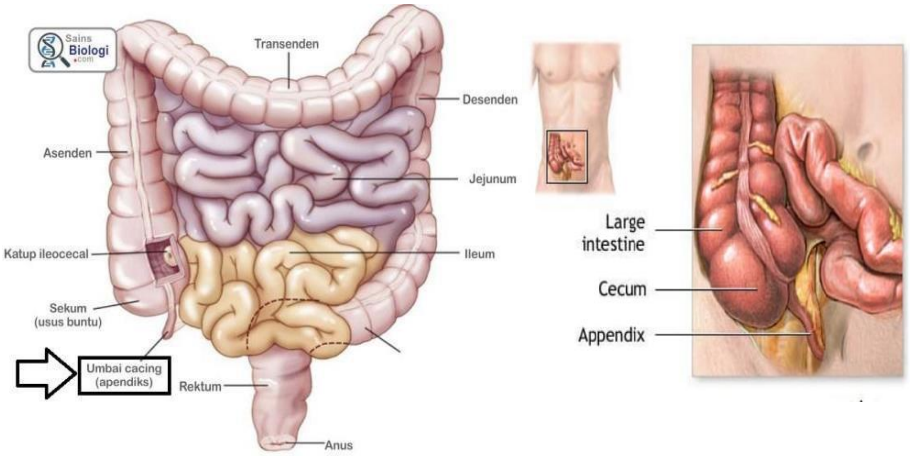
1. Definisi *Apendisitis*

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

menyebabkan peritonitis atau abses (Rosdahl & Mary, 2017). *Apendisitis* adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (*apendiks*). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (*caecum*). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Wim, 2005) dalam (Nurarif & Hardhi, 2015). *Apendisitis* merupakan inflamasi pada *apendisitis vermiformis* dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Brunner & Suddarth, 2014). Menurut definisi diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa apendisitis merupakan peradangan/inflamasi pada apendiks yang disebabkan oleh obstruksi sehingga pada masalah ini pasien dilakukan tindakan pembedahan.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2. 1 Anatomi *Apendiks*

(Sumber: Irsan, 2018)

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

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

b. Fisiologi

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

3. Etiologi

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

a. *Apendisitis* akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteria.Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu *hyperplasia* jaringan *limf, fikalit* (tinja/batu), tumor *apendik*, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit (*E. Histolytica*)

b. *Apendisitis* rekuren yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukan *apendiktomi*. Kelainan ini terjadi bila serangan *apendisitis* akut pertama kali sembuh spontan. Namun *apendisitis* tidak pernah kembali kebentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.

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

4. Tanda Dan Gejala

Serangan *apendisitis* bisasnya dimulai dengan nyeri abdomen menyeluruh yang parah dan progresif. Kemudian, nyeri dan nyeri tekan akan terlokalisasi di kuadran kanan bawah pada pertengahan antara umbilikus dan krista ilium (titik *McBurney*). Serangan *apendisitis* dapat mereda dan kemudian timbul kembali (Rosdahl & Mary, 2017). *Ultrasound* sering kali dapat mendiagnosis pembesaran *apendiks*. Nyeri pantul biasanya muncul: ketika pemeriksa dengan cepat melepaskan tekanan selama palpasi, nyeri menjadi lebih tajam daripada ketika tekanan diberikan langsung pada sisi yang ditekan (Rosdahl & Mary, 2017).

a. Kualitas nyeri tekan berhubungan dengan lokasi *apendiks* yang tepat. Biasanya mual, muntah, demam ringan hingga demam sedang, dan peningkatan *leokosit* menyertai nyeri. *Apendiks* yang ruptur akan menyebabkan gejala yang lebih berat yang berhubungan dengan peritonitis (Rosdahl & Mary, 2017).

b. Gejala awal yang khas, yang merupakan gejala klasik *apendisitis* adalah nyeri samar (nyeri tumpul) didaerah *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 berlih kekuadran kanan bawah, ke titic *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 *eisgastrium*, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya *perforasi*. Terkadang *apendisitis* juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5 sampai 38,5°C (Nurarif & Hardhi, 2015).

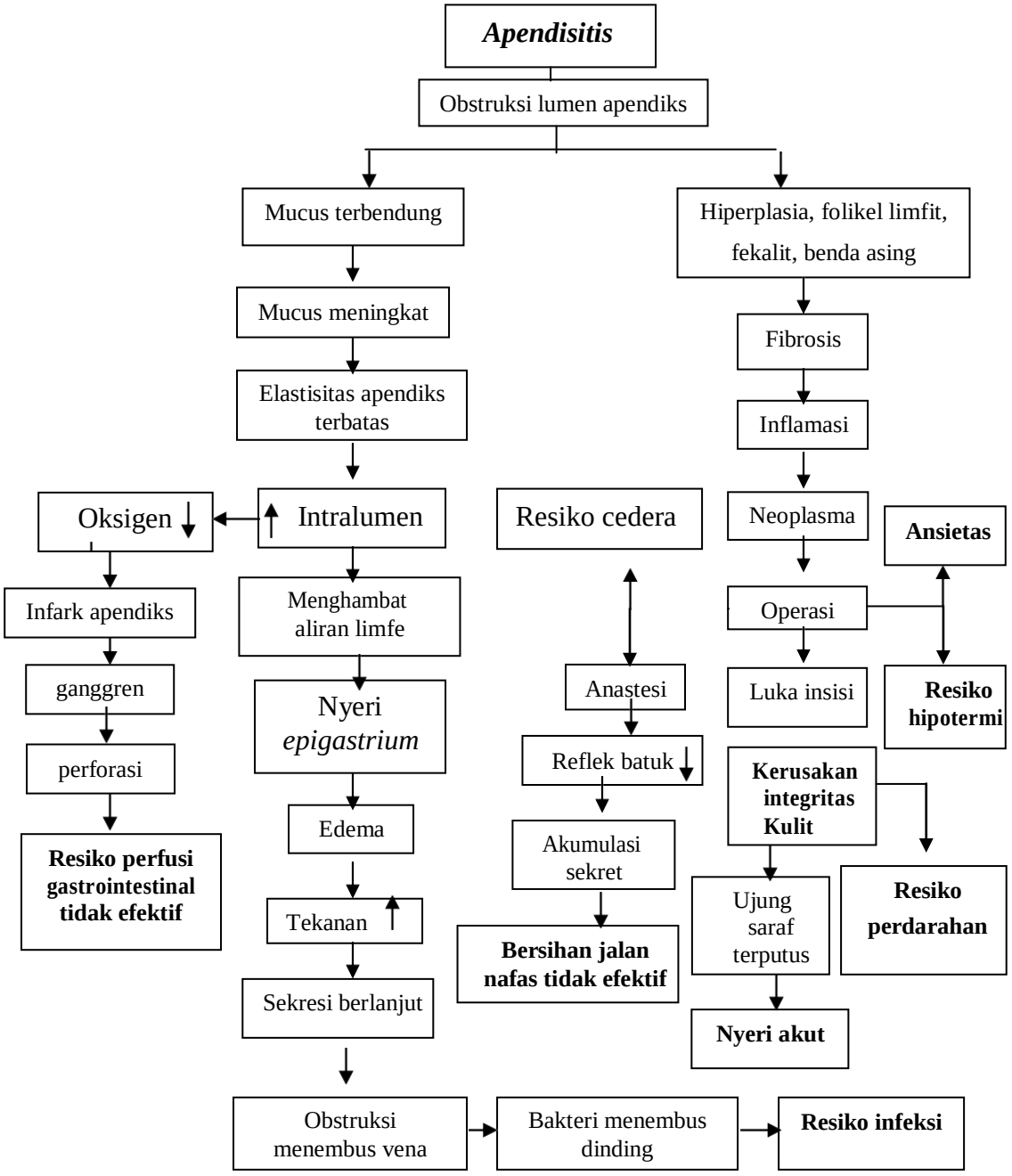
5. Patofisiologi

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

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

Apabila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding *apendiks* yang diikuti terjadinya ganggren. Stadium disebut dikenal dengan *apendisitis* ganggrenosa. Apabila dinding yang rapuh itu pecah, akan mengakibatkan terjadi *apendisitis perforasi*. apabila proses diatas berjalan lambat, dapat menyebabkan momentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah *apendiks* sehingga timbul suatu masa lokal yang disebut *infiltrat apendikularis*. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah pembedahan, jika tidak dilakukan tindakan pembedahan segera, *apendik* tersebut mungkin peradangan *apendiks* tersebut dapat menjadi abses atau menghilang dikarenakan pecah atau *perforasi* yang terjadi pada bagian usus buntu (*apendiks*)**.**

6. *Wob Of Caution*



Gambar 2. 2 (WOC) *Web Of Caution*

(Sumber: (Nurarif & Hardhi, 2015)

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Nurarif & Hardhi, 2015)

a. 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 atau 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 menumbulkan rasa nyeri juga.
5) Suhu dubur (*rectal*) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (*axilla*), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
6) Pada *apendiks* terletak pada retro sekal maka *uji psoas* akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila *apendiks* terletak 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/mm^3. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

c. Pemeriksaan radiologi

- Tampak distensi sekum pada apendisitis akut
- USG: menunjukan densitas kuadran kanan bawah atau kadar aliran udara terlokalisasi

- Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen dan apendikogram.

8. Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan apendisitis dibagi menjadi tiga (Brunner & Suddarth, 2010):

a. Sebelum operasi

1) Observasi

Setelah munculnya keluhan dalam 8-12 jam perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis. Diagnosis ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan

2) Antibiotik

Apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi memerlukan antibiotik, kecuali apendisitis tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikn antibiotik dapat engakibatkan abses atau perforasi

b. Operasi

Menurut (Brunner & Suddarth, 2010) Operasi atau pembedahan untuk mengangkat apendiks yaitu *apendiktomi*. *Apendiktomi* harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. *Apendiktomi* dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau laparoskopi *Apendiktomi* dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional *laparatomi*) atau dengan teknik laparoskopi yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive dengan metode terbaru yang sangat efektif.

Menurut (Brunner & Suddarth, 2010), laparatomi adalah prosedur *vertical* pada dinding perut kedalam rongga perut. Prosedur ini memungkinkan dokter melihat dan merasakan organ dalam untuk menegakkan diagnosa. *Laparatomi* dilakukan apabila terjadi masalah

kesehatan yang berat pada area abdomen. Bila pasien mengeluh nyeri hebat dan gejala-gejala lain dari masalah internal yang serius dan kemungkinan penyebabnya tidak terlihat seperti usus buntu. Laparatomi dapat berkembang menjadi pembedahan yang besar diikuti oleh transfusi darah dan perawatan intensif Setelah operasi dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan. Baringkan pasien dalam posisi *semi fowler*. Pasien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuasakan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi pasien dianjurkan duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk. Hari ketujuh dapat diperbolehkan pulang (Mansjoer, Kapita Selekta Kedokteran, 2012).

9. Terapi

Terapi pembedahan yang cepat dan tepat diperlukan untuk mengangkat apendiks akutsebelum terjadi ruptur *apendiks*. Tren untuk melakukan teknik pembedahan invasif yang minimal, seperti apendektomi laparroskopik, telah menurunkan peluang infeksi luka. Insisi menjadi lebih kecil, dan periode pemulihan lebih singkat (Rosdahl & Mary, 2017). Pada sebagian besar instansi, klien pulih dengan cepat, diizinkan untuk makan dan minum, dan diizinkan keluar segera dari tempat tidur setelah operasi. Klien dapat kembali bekerja dalam 10-15 hari, dengan memberi peringatan adar tidak mengangkat beban yang berat (Rosdahl & Mary, 2017).

D. Jurnal Terkait

1. Emy Puji Astuti (2020) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien *Appendiksiti*s Dengan Tindakan Operasi *apendiktomi* Dirumah Sakit Pertamina Bintang Amin Thun 2020 ” hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada pasien a*ppendiksitis* akan mengalami rasa nyeri yang sedang sampai berat terutama pada saat bergerak atau beraktivitas.

2. Asuhan keperawatan (Rohmsh, 2019) asuhan keperawatan perioperative pada Nn. A dengan apendisitis di Ruang Dahlia B Rumah Sakit Umum Tarakan Provinsi Kalimantan Utara, didapatkan bahwa diagnose keperawatan yang mungkin terdapat pada pasien sesuai dengan data yang didapat penulis pada pengkajian, ditemukan 6 diagnosa yang dapat ditegakan pada kasus, diagnose tersebut anatara lain : nyeri akut, anietas, nyeri akut, risiko syok (hipovolemik), gangguan mobilitas fisik dan resiko infeksi.
3. Pernyataan tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Heru (2021) yang berjudul Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Appendiksitis Infiltrat Dengan Tindakan Apendiktomi Di Ruang Operasi Rumah Sakit Umum Daerah Jendral Ahmad Yani Metro didapatkan diagnosa keperawtatan pada tahap intra operatif yang ditegakkan pada pasien yang menjalani operasi apendiktomi yaitu; resiko perdarahan teratasi dengan pencegahan perdarahan dan risiko hipotermia perioperative teratasi dengan manajemen hipotermia.
4. Wahyu Widodo, Neli Qoniah tahun 2020 tentang Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien *Appendicitis* Di RSUD Wates. Berdasarkan desain penelitian deskriptif. Hasil penelitian sebelum dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam skala nyeri 6 dan 5, setelah dilakukan tindakan skala nyeri menjadi 3 dan 2. Hasil penelitian menunjukan adanya penurunan skala nyeri sedang menjadi ringan. Kesimpulan teknik relaksasi nafas dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien appendicitis sehingga teknik non farmakologis ini sangat direkomendasikan.
5. Mayasyanti dan Poppi tahun 2018 tentang Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif *Appendictomy* di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD. Sekarwangi. penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasy eksperiment* dengan pendekatan *pre test* dan *post-test design* tanpa *contro*l. jumlah sampel sebanyak 17 orang. pengambilan sampel menggunakan *accidenta*l *sampling*. Analisa hipotesis menggunakan ujii *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 appendectomi*. Mengingat relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri *post* operatif *appendectomy*, perawat ruangan dapat diterapkan kepada pasien *post* operatif *appendectomy* sebagai terapi *non farmakologi*.

6. Penelitian yang dilakukan oleh (Eriantono, Alfarisi, Refolinda, & Willy, 2020) dengan judul Perbedaan Lamanya Rawat Inap Pasien Post Appendiktomi pada Appendisitis Akut dan Appendisitis Perforasi dengan metode *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh catatan rekam medik pasien appendisits tahun 2016-2019 berjumlah 60 responden appensitis akut dan 60 responden appendisitis perforasi. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat independent test. Hasil penelitian menunjukan bahwa rata-rata lama rawat inap responden appendisitis akut selama 9 hari, paling singkat lama rawat inap 2 hari dan paling lama 23 hari. Sedangkan responden dengan appendisitis perforasi rata-rata rawat inap selama 34 hari, paling singkap lama rawat inap 4 hari dan paling lama 90 hari. Terdapat perbedaan yang signifikan antara lama rawat inap pasien appendiktomi antara pasien appendiksitis akut dan appendisitis perforasi dengan uji *mann-whitney U* nilai *p* diperoleh sebesar 0,000 ($p<0,05$)