

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar Appendicitis

1. Defenisi

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab utama nyeri perut akut. Penyakit ini dapat terjadi pada semua kelompok usia, baik pria maupun wanita, namun lebih sering menyerang pria yang berusia antara 10 hingga 30 tahun. Apendisitis menjadi penyebab paling umum dari inflamasi akut di kuadran bawah kanan perut dan merupakan alasan utama untuk tindakan bedah abdomen darurat (Hidayat, 2021)

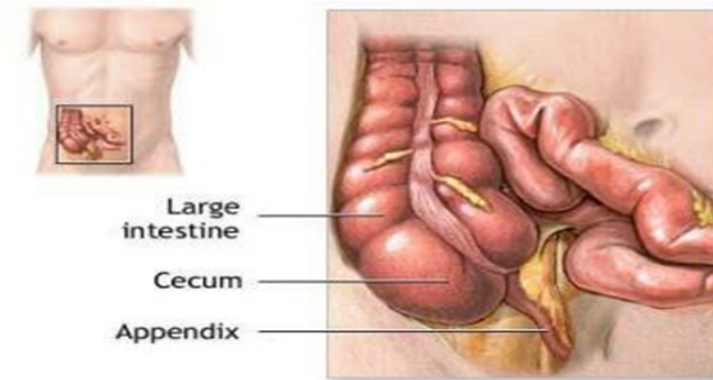
Apendisitis dapat terjadi pada semua usia, namun jarang terjadi pada anak-anak di bawah satu tahun karena pada usia tersebut, apendiks masih berbentuk kerucut, dengan bagian pangkal yang lebar dan ujung yang menyempit. Bentuk ini membuat kemungkinan terjadinya obstruksi sangat kecil (Patmasari et al., 2022).

Apendisitis adalah peradangan akut yang terjadi pada apendiks vermiformis. Apendiks vermiformis memiliki panjang yang bervariasi, yakni antara 7 hingga 15 cm (Lestari et al., 2023). Penelitian (Lestari et al., 2023) Penyebab utama apendisitis adalah infeksi bakteri. Berbagai faktor dapat berperan sebagai pencetus terjadinya apendisitis, namun sumbatan pada lumen apendiks dianggap sebagai faktor utama. Selain itu, faktor lain yang dapat menyebabkan sumbatan antara lain hiperplasia jaringan limfoid, tumor pada apendiks, dan infeksi cacing askaris. Konstipasi juga dapat menyebabkan sumbatan, karena meningkatkan tekanan intrasekal yang pada akhirnya memperbesar risiko terjadinya obstruksi

pada apendiks.

2. Anatomi Fisiologi

Gambar 2.2. Anatomi Appendix



Sumber (Nurarif & Kusuma 2018).

Apendiks, yang juga dikenal sebagai umbai cacing, adalah organ berbentuk tabung dengan panjang sekitar 10 cm (dalam kisaran 3-15 cm) dan diameter 0,5-1 cm, yang terletak pada sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar di bagian distal. Pada bayi, apendiks memiliki bentuk kerucut, dengan pangkal yang lebar dan ujung yang menyempit. Kondisi ini menjadi salah satu alasan rendahnya kejadian apendisitis pada usia tersebut (Eni, 2022).

Apendiks terletak di fossa iliaca dextra, dan pangkalnya berada sekitar sepertiga bagian atas dari garis yang menghubungkan spina iliaca anterior superior dengan umbilikus, yang terletak di dinding anterior abdomen. Apendiks berfungsi menampung makanan dan secara teratur mengosongkan isinya ke dalam sekum. Namun, karena pengosongannya yang tidak efektif dan ukuran lumen yang kecil, apendiks rentan mengalami penyumbatan dan lebih mudah terinfeksi, yang dikenal dengan kondisi apendisitis (Eni, 2022).

Secara fisiologis, apendiks menghasilkan lendir sebanyak 1-2 ml per hari. Lendir ini normalnya dikeluarkan ke dalam lumen apendiks dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan dalam aliran lendir di muara apendiks berperan penting dalam patogenesis apendisitis. Immunoglobulin sekretor, yaitu IgA, yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue) yang terdapat sepanjang saluran pencernaan, termasuk di apendiks, sangat efektif dalam melindungi tubuh dari infeksi. Meskipun demikian, pengangkatan apendiks tidak memengaruhi sistem imun tubuh secara signifikan, karena jumlah jaringan limfoid di apendiks sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran pencernaan dan di seluruh tubuh (Hidayat, 2021).

3. Etiologi dan Faktor Predisposisi

Apendisitis akut adalah infeksi bakteri yang dapat dipicu oleh berbagai faktor. Salah satu faktor utama yang berperan sebagai pencetus adalah sumbatan pada lumen apendiks. Selain itu, faktor lain yang dapat menyebabkan sumbatan meliputi hiperplasia jaringan limfoid, fekalit, tumor pada apendiks, serta infeksi cacing askaris (Hidayat, 2021).

Menurut (Hilmi et al., 2018) Penyebab pasti dari apendisitis belum diketahui secara lengkap, namun beberapa faktor yang mempermudah terjadinya radang pada apendiks antara lain:

- a. Faktor Sumbatan : Sumbatan pada lumen apendiks merupakan faktor utama yang menyebabkan apendisitis, dengan kontribusi sekitar 90%. Sumbatan ini kemudian diikuti oleh infeksi.
- b. Faktor Bakteri : Beberapa jenis bakteri yang dapat menyebabkan apendisitis antara lain *Bacteroides fragilis*, *E. coli*, *Splanchnicus*, *Lactobacillus*,

Pseudomonas, dan *Bacteroides splanicus*.

c. Faktor Keturunan : Radang apendiks juga diduga dipengaruhi oleh faktor herediter. Hal ini terkait dengan kebiasaan makan dalam keluarga, khususnya pola makan yang rendah serat, yang dapat mempermudah terbentuknya fekalit dan menyebabkan obstruksi pada lumen apendiks.

d. Faktor Ras dan Diet : Negara maju yang mengonsumsi makanan tinggi serat memiliki risiko lebih rendah terkena apendisitis, dibandingkan dengan negara berkembang yang cenderung mengonsumsi makanan rendah serat.

Pembedahan dilakukan pada kasus apendisitis karena peradangan pada apendiks dapat menyebabkan distensi dan infeksi jika tidak ditangani segera. Selain faktor sumbatan yang disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfoid, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris, apendisitis juga bisa terjadi akibat erosi mukosa apendiks yang disebabkan oleh parasit seperti *E. histolytica* (Eqlima et al., 2021).

4. Patofisiologi

Apendisitis umumnya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks yang dapat terjadi akibat beberapa faktor, seperti hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur akibat fibrosis dari peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Penyumbatan ini menyebabkan penumpukan mukus yang diproduksi oleh mukosa apendiks. Seiring waktu, penumpukan mukus ini meningkat, tetapi elastisitas dinding apendiks terbatas, yang menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat ini menghambat aliran limfe, yang pada gilirannya mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada tahap ini, apendisitis akut fokal terjadi, yang biasanya ditandai dengan nyeri epigastrium (amanda, 2024).

Jika sekresi mukus berlanjut, tekanan akan terus meningkat, menyebabkan obstruksi vena, pembengkakan (edema) yang semakin parah, dan bakteri yang menembus dinding apendiks. Peradangan ini akan meluas dan mengenai peritoneum setempat, yang menyebabkan nyeri di daerah kanan bawah perut. Kondisi ini disebut apendisitis supuratif akut. Jika aliran arteri terganggu, akan terjadi infark pada dinding apendiks yang diikuti dengan gangren, yang dikenal sebagai apendisitis gangrenosa. Pada tahap ini, jika dinding apendiks yang sudah rapuh pecah, akan terjadi apendisitis perforasi (amanda, 2024).

Pada beberapa kasus, jika proses ini berkembang lambat, massa lokal dapat terbentuk akibat pergerakan usus yang berdekatan ke arah apendiks, yang disebut infiltrat apendikularis. Peradangan ini dapat berkembang menjadi abses atau hilang dengan sendirinya. Pada anak-anak, karena omentum yang lebih pendek dan apendiks yang lebih panjang serta dinding apendiks yang lebih tipis, ditambah dengan sistem imun yang belum sepenuhnya berkembang, risiko perforasi lebih tinggi. Sementara pada orang tua, perforasi lebih mudah terjadi karena adanya gangguan pada pembuluh darah (amanda, 2024).

Apendisitis dapat ditangani dengan beberapa tindakan, salah satunya adalah pembedahan, yang dikenal dengan nama *appendektomi*. Apendektomi dilakukan akibat adanya infeksi bakteri dan sekresi mukus yang menyebabkan distensi pada lumen apendiks dan peningkatan tekanan di dinding lumen. Tekanan yang meningkat ini menghambat aliran limfe, yang pada gilirannya menimbulkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada tahap ini, apendisitis akut fokal terjadi, yang umumnya ditandai dengan nyeri periumbilical (Eqlima et al., 2021).

Jika sekresi mukus terus berlanjut, tekanan di dalam apendiks akan semakin

meningkat, yang menyebabkan obstruksi vena, peningkatan edema, dan pertumbuhan bakteri yang memperburuk peradangan. Peradangan yang berkembang kemudian meluas hingga mengenai peritoneum setempat, yang menyebabkan nyeri pada bagian bawah kanan perut (Eqlima et al., 2021).

5. Penatalaksanaan

Menurut Saputro (2018, dalam Amelia, 2020)) Penanganan yang diberikan kepada klien dengan apendisitis meliputi penanganan medis dan penanganan keperawatan :

1) Penatalaksanaan Medis

- a. Pembedahan jika diagnosis apendisitis ditegakkan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.
- b. Berikan antibiotik dan cairan IV sampai pembedahan.
- c. Setelah diagnosis dikonfirmasi, obat penghilang rasa sakit dapat diberikan.
- d. Operasi (apendiktomi), ketika diagnosis ditegakkan, harus dilakukan apendiktomi (operasi pengangkatan usus buntu). Apendektomi yang tertunda dengan antibiotik dapat menyebabkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan pengeringan.

Laparotomi merupakan prosedur bedah yang penting, di mana sayatan dibuat pada dinding perut untuk mengakses organ-organ dalam perut yang mengalami masalah, seperti perdarahan, perforasi, kanker, atau obstruksi.

2.) Penatalaksanaan Keperawatan

- a) Dalam sebagian besar kasus, pengobatan untuk apendisitis adalah dengan melakukan apendektomi, yaitu prosedur bedah untuk mengangkat apendiks. Apendektomi merupakan operasi yang dilakukan pada pasien

dengan usus buntu, dan tindakan ini termasuk dalam prosedur laparotomi..

- b) Tujuan keperawatan mencakup upaya untuk mengurangi nyeri, mencegah defisit cairan tubuh, mengatasi kecemasan, mengurangi risiko infeksi akibat gangguan gastrointestinal yang potensial atau sudah terjadi, menjaga integritas kulit, dan memastikan tercapainya status gizi yang optimal.
- c) Sebelum operasi, Persiapkan pasien untuk operasi dengan langkah-langkah berikut: berikan cairan intravena, administrasikan antibiotik, dan pasang selang nasogastrik jika terdapat tanda-tanda ileus paralitik. Hindari pemberian laksatif.
- d) Setelah operasi, Posisikan pasien dalam posisi Fowler tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai dengan program yang telah ditentukan, berikan cairan oral jika pasien dapat mentolerirnya, dan lakukan perawatan luka dengan hati-hati.
- e) Jika drain terpasang di area insisi, penting untuk memantau dengan cermat tanda-tanda obstruksi usus halus, perdarahan sekunder, atau abses sekunder. Berdasarkan pembahasan di atas, tindakan yang dapat dilakukan terbagi menjadi dua kategori: tindakan medis, yang mencakup pembedahan (apendiktomi) dan pemberian analgetik, serta tindakan keperawatan, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan klien untuk mendukung proses pemulihan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

3.) Penatalaksanaan setelah operasi

Beberapa jam setelah prosedur pengangkatan usus buntu, pemantauan ketat akan dilakukan terhadap tanda-tanda vital seperti detak jantung dan pernapasan. Perawat juga akan memeriksa efek dari anestesi yang digunakan selama operasi.

Jika kondisi usus buntu tidak terlalu serius, pasien biasanya bisa pulang pada hari yang sama.

Pada beberapa hari setelah operasi, pasien mungkin akan merasakan rasa sakit dan ketidaknyamanan di area bekas sayatan. Dokter akan memberikan obat pereda nyeri serta antibiotik untuk mencegah infeksi. Pastikan bekas sayatan tetap dalam kondisi bersih untuk mencegah terjadinya infeksi. Proses pemulihan umumnya memakan waktu 4 hingga 6 minggu. Selama masa pemulihan ini, pasien disarankan untuk membatasi aktivitas fisik dan melakukan pemeriksaan rutin dengan dokter untuk memastikan kondisi tubuh dan penyembuhan sayatan pascaoperasi.

4.) Penatalaksanaan nyeri

Teknik non farmakologis adalah suatu tindakan mandiri perawat dalam mengurangi nyeri, bermacam-macam teknik nonfarmakologi dapat digunakan untuk mengurangi nyeri seperti teknik Tarik nafas dalam, Teknik relaksasi, distraksi, biofeedback, Transcutan.

Teknik Tarik nafas dalam

Adapun Langkah Langkah yang bisa dilakukan yaitu :

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali

- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
- i. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
- j. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- k. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali
- l. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

1. Teknik relaksasi

Adapun Teknik relaksasi sebagai berikut :

- a) Duduk dengan posisi santai dan nyaman, bayangkan hal yang menyenangkan dengan mata terpejam.
- b) Mensyukuri nikmat dari Tuhan YME, ikhlas dan sabar.
- c) Tarik nafas dari hidung, tahan 3 hitungan, lalu hembuskan nafas dari mulut.
- d) Bayangkan seolah beban pikiran sudah dilepaskan.

5.) Teknik Pengukuran Nyeri

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



Gambar 2.2 Pengukuran Skala nyeri Numerik Rating Scale (NRS)

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah (Amelia, 2020) :

a. Pemeriksaan Laboratorium

Peningkatan sel darah putih (Leukosit) hingga 10.000 – 18.000/mm³.

b. Foto abdomen

Dapat menyatakan adanya pergeseran, material apendiks (fekalit), ileus terlokalisir. Peningkatan dari sel darah putih (leukosit) hingga 10.000-18.000/mm³. Jika pertumbuhannya lebih besar dari ini, ada kemungkinan apendiks berlubang (pecah)

c. Ultrasonografi (USG)

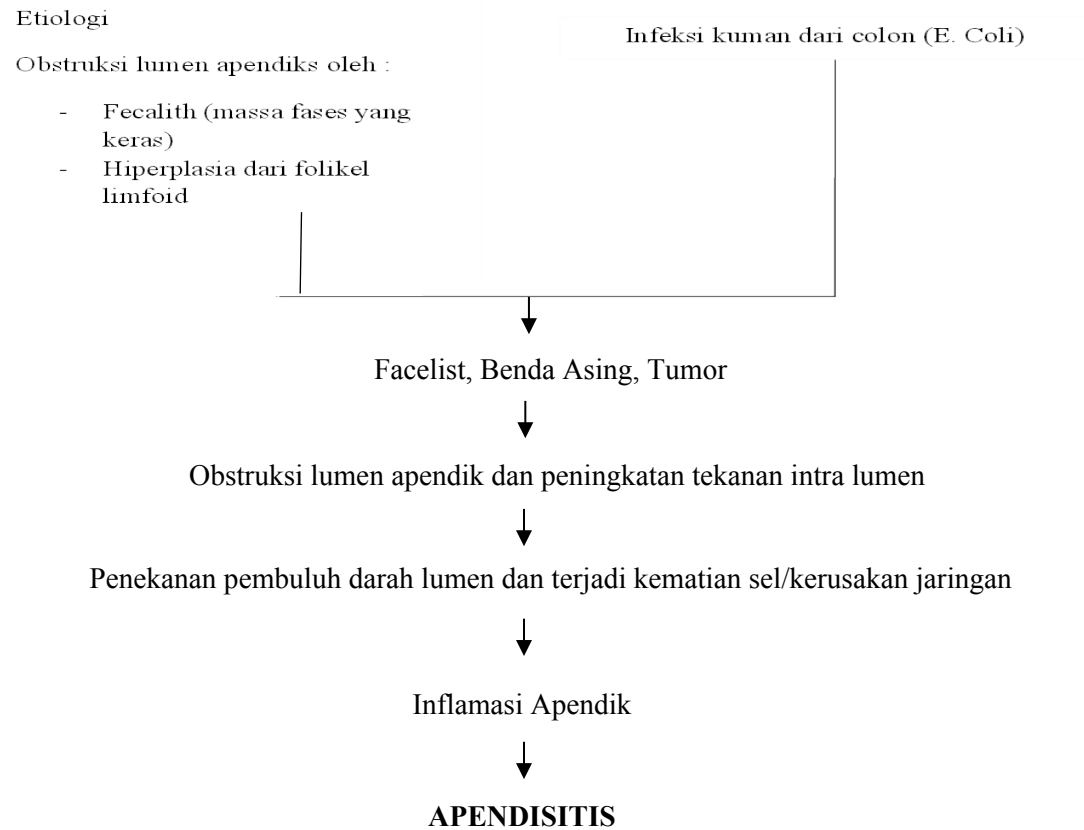
Dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks.

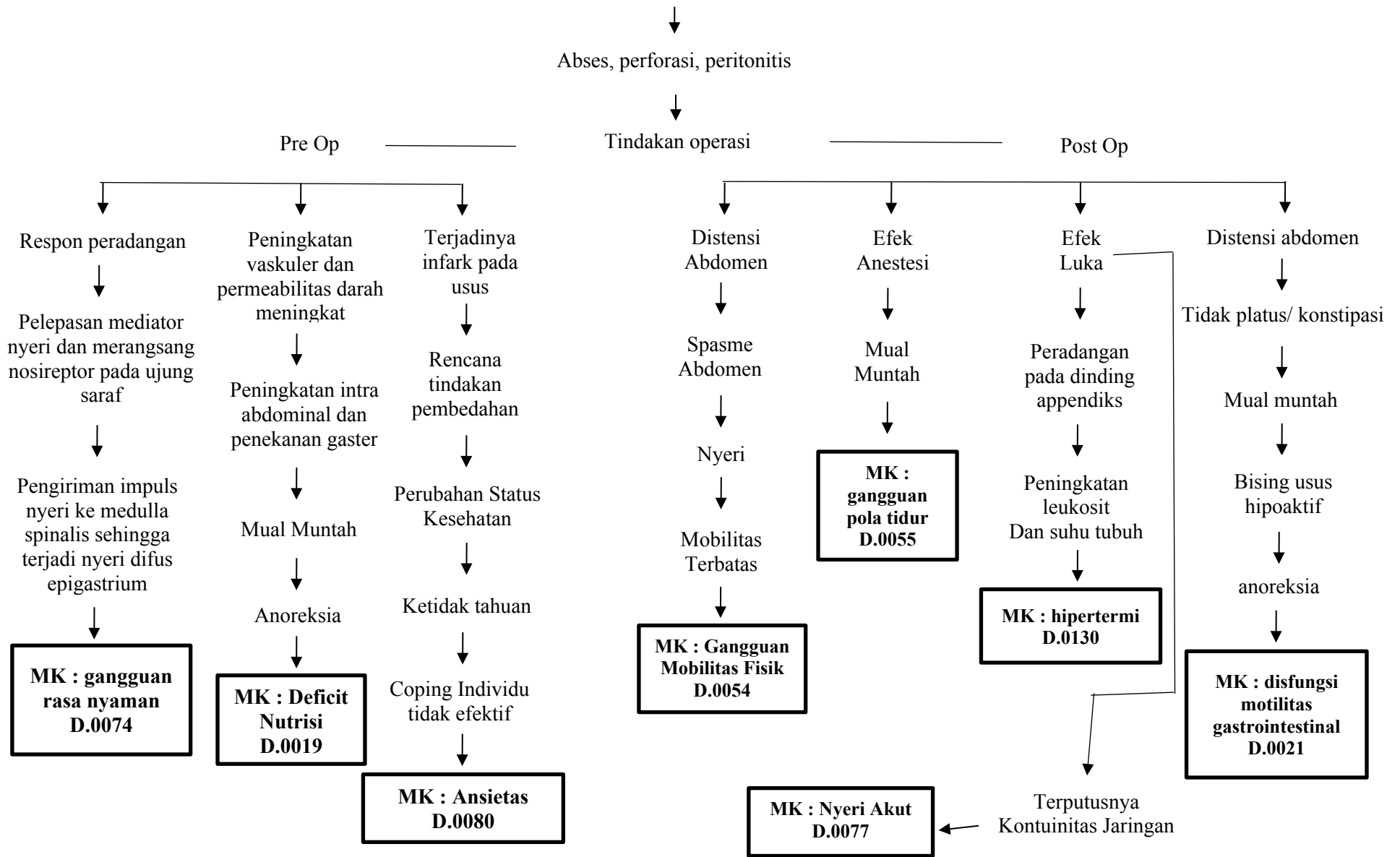
d. C-reactive protein (CRP)

Informasi yang berguna untuk mendiagnosis apendisitis dan komplikasinya.

7. Pathway (WOC)

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2016)
SDKI





8. Tanda dan Gejala

Beberapa manifestasi klinis yang muncul pada penderita appendicitis antara lain:

- a. Nyeri samar (nyeri tumpul) yang muncul di sekitar epigastrium disekitar umbilicus atau periumbilikus. Setelah beberapa jam, nyeri beralih ke kuadran kanan bawah ke titik Mc Burney yang terletak diantara pertengahan umbilicus dan spina anterior ileum dan nyeri terasa lebih tajam. Nyeri terasa tertusuk – tusuk.
- b. Nyeri rangsangan peritoneum tidak langsung
- c. Bisa disertai nyeri seluruh abdomen apabila terjadi kebocoran appendiks dan nanah menyebar ke rongga abdomen.
- d. Mual dan muntah
- e. Nafsu makan menurun
- f. Konstipasi
- g. Demam diatas 38 derajat celcius.
- h. Pucat , oedema
- i. Bibir kering, diaforesis
- j. Perubahan tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah, pernafasan)
- k. Bersikap protektif (mis.waspada,posisi menghindari nyeri)
- l. Gelisah, tegang, sulit tidur
- m. Mengeluh tidak nyaman, mengeluh lelah
- n. Tidak mampu rileks, tampak merintih atau menangis, postur tubuh berubah
- o. Sulit menggerakkan esktermitas, nyeri saat bergerak

- p. Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- q. Fisik lemah

(Susmiyanti, 2024 & SDKI)

9. komplikasi

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan appendisitis. Adapun jenis komplikasi menurut (Hidayat, 2021) adalah :

a. Abses

Abses adalah peradangan pada apendiks yang mengandung nanah. Pada kondisi ini, biasanya teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa tersebut awalnya berupa flegmon yang kemudian berkembang menjadi rongga yang berisi nanah. Kondisi ini terjadi apabila appendisitis mengalami gangren atau mikroperforasi yang kemudian tertutupi oleh omentum. Operasi apendektomi untuk mengatasi abses apendiks dapat dilakukan secara dini (appendektomi dini) atau tertunda (appendektomi interval). Appendektomi dini adalah prosedur yang dilakukan segera atau beberapa hari setelah pasien tiba di rumah sakit. Sementara itu, appendektomi interval dilakukan setelah terapi konservatif, yaitu pemberian antibiotik intravena selama beberapa minggu untuk meredakan infeksi sebelum tindakan pembedahan dilakukan.

b. Perforasi

Perforasi adalah kondisi di mana apendiks yang berisi nanah pecah, sehingga bakteri dapat menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama setelah gejala muncul, tetapi kemungkinan meningkat secara

signifikan setelah 24 jam. Perforasi dapat terdeteksi sebelum operasi pada 70% kasus, dengan gambaran klinis yang muncul lebih dari 36 jam sejak timbulnya sakit. Tanda-tanda klinis yang sering muncul antara lain demam lebih dari 38,5°C, kondisi pasien yang tampak toksik, nyeri tekan pada seluruh perut, serta leukositosis, terutama dengan peningkatan jumlah Polymorphonuclear (PMN). Baik perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan peritonitis, yang memerlukan penanganan medis segera untuk mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut atau kebocoran isi lambung ke rongga perut. Penanganan peritonitis biasanya dilakukan melalui operasi untuk memperbaiki perforasi, mengatasi sumber infeksi, atau dalam beberapa kasus, mengangkat bagian organ yang terinfeksi.

c. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum dapat menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis. Penderita peritonitis akan disarankan untuk menjalani rawat inap di rumah sakit. Beberapa penanganan bagi penderita peritonitis adalah :

1) Pemberian obat-obatan.

Penderita akan diberikan antibiotik suntik atau obat antijamur bila dicurigai penyebabnya adalah infeksi jamur, untuk mengobati serta mencegah infeksi menyebar ke seluruh tubuh. Jangka waktu pengobatan akan disesuaikan dengan tingkat keparahan yang dialami klien.

2) Pembedahan.

Tindakan pembedahan dilakukan untuk membuang jaringan yang terinfeksi atau menutup robekan yang terjadi pada organ dalam.

B. Konsep Keperawatan Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan Perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Perioperatif adalah istilah gabungan yang mencakup tiga fase yaitu fase preoperatif, intra operatif dan pasca operatif dimana masing-masing fase tersebut dimulai dan berakhir pada waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Ummah, 2019).

Fase Preoperatif merupakan tahapan awal dalam proses pembedahan yang dimulai dari keputusan untuk informasi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase preoperatif antara lain mengkaji pasien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang aktual dan potensial/berisiko terjadi masalah, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan preoperatif pada pasien dan keluarga atau orang terdekatnya. Hal penting yang perlu dilakukan pada fase preoperatif adalah menjelaskan tentang maksud dan tujuan serta dampak dari pelaksanaan pembedahan pada pasien yang dikenal dengan edukasi preoperatif (Ummah, 2019).

2. Fase-Fase Pelayanan Keperawatan Perioperatif

1. Fase Pre Operatif

Menurut (Ummah, 2019) Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anasthesi yang diberikan serta pembedahan. Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah.

2. Fase Post Operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anasthesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Ummah, 2019).

C. Asuhan keperawatan teoritis pre op appendiktomi

1. Pengkajian keperawatan

a. Identitas Pasien

Terdiri dari nama, no mr, tanggal lahir, umur, agama, Pendidikan, pekerjaan, suku, status perkawinan, diagnose medis, tanggal masuk, tanggal pengakajian.

b. Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari nama, jenis kelamin, umur, alamat, dan hubungan dengan klien.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama sebelum operasi

Biasanya keluhan pada pasien pre-operatif apendisitis adalah nyeri perut, yang dimulai di sekitar pusat perut dan berpindah ke kuadran kanan bawah.. Selain nyeri, pasien sering mengeluhkan mual, muntah, dan anoreksia (hilangnya nafsu makan). Demam ringan juga sering terjadi, dan beberapa pasien mengalami perubahan pola buang air besar seperti sembelit atau diare.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Kemungkinan Pasien mengeluh nyeri perut yang dimulai sekitar beberapa jam/hari lalu, awalnya di sekitar pusar dan berpindah ke kuadran kanan bawah. Nyeri semakin intens dan konstan, memburuk dengan gerakan atau batuk. Pasien juga mual, muntah beberapa kali, dengan anoreksia, dan biasanya disertai demam ringan.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pengalaman penyakit sebelumnya tidak memberi pengaruh kepada penyakit appendicitis yang diderita sekarang dan biasanya klien tidak pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

4) Riwayat operasi

Biasanya klien tidak pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

5) Riwayat alergi

Kemungkinan klien tidak ada riwayat alergi apapun.

6) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya tidak ada anggota keluarga lainnya yang mengalami penyakit appendicitis dan tidak ada penyakit keturunan lainnya seperti hipertensi dan diabetes melitus.

d. Data psikologis

Biasanya pasien menunjukkan tingkat kecemasan sedang hingga tinggi terkait nyeri perut dan kemungkinan memerlukan pembedahan. Kekhawatiran utama pasien berkaitan dengan ketidakpastian tentang prosedur operasi dan pemulihan pasca-operasi.

e. Data Spiritual / Tingkat Kecemasan

Biasanya pasien menunjukkan keyakinan agama yang kuat dan mengandalkan dukungan spiritual untuk menghadapi kecemasan terkait operasi. Pasien merasa tenang dan pasrah, serta percaya bahwa kondisi ini merupakan bagian dari takdir. Doa dan ritual keagamaan membantu memberikan ketenangan dan penguatan dalam menghadapi situasi medis ini.

f. Data Sosial Ekonomi

Kemungkinan klien masuk kerumah sakit dengan menggunakan bpjs untuk berobat dan kemungkinan juga pasien menggunakan pembayaran umum, biasanya hubungan pasien dengan keluarga terjalin sangat baik.

g. Data Biologis

1) Pola Makan dan Minum

Biasanya pola makan terganggu akibat nyeri perut, mual, dan anoreksia, sehingga pasien sering menghindari makanan berat dan memilih makanan ringan. Pola minum disarankan dengan konsumsi cairan sedikit-sedikit untuk mencegah dehidrasi tanpa memperburuk mual.

2) Pola Eliminasi

Biasanya pada pasien pre-operatif apendisitis, pola eliminasi sering terganggu, dengan keluhan sembelit akibat nyeri perut dan mual. Beberapa pasien juga mengalami diare ringan atau kesulitan buang air besar. Buang air kecil umumnya tidak terganggu, tetapi dapat dipengaruhi oleh tingkat hidrasi tubuh.

3) Pola Istirahat dan Tidur

Biasanya pada pasien pre-operatif apendisitis, pola tidur terganggu akibat nyeri perut dan kecemasan, yang membuat pasien sulit tidur nyenyak. Beberapa pasien berbaring dalam posisi tertentu untuk meredakan nyeri, tetapi tidur tetap tidak berkualitas, menyebabkan kelelahan.

4) Personal Hygiene

Kemungkinan kebersihan pribadi pasien terganggu karena nyeri dan kelelahan, tetapi perawatan dasar tetap dijaga.

h. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : biasanya keadaan umum klien lemah
- b. Kesadaran : biasanya kesadaran klien composmentis
- c. Tanda-tanda vital :
 - 1) Tekanan darah : normalnya 120/80 mmHg (Biasanya tekanan darah rendah dan kemungkinan juga bisa meningkat).
 - 2) Nadi : normal 60-100x/menit (nadi akan meningkat karena rentang skala nyeri yang dirasakan 4-10).
 - 3) Suhu : normalnya 36,5-37,5 derajat Celcius (suhu akan meningkat karena nyeri yang dirasakan).
 - 4) Respirasi : normalnya 16-20x/menit (respirasi akan meningkat seiring dengan tingkat skala nyeri yang dirasakan oleh pasien).

d. Pemeriksaan mulut

- Inspeksi : Biasanya mukosa bibir kering
- Palpasi : Biasanya tidak terdapat edema

5) Abdomen

- Inspeksi
Biasanya ada tanda-tanda peritonitis seperti ketegangan perut.
- Palpasi

Biasanya tekan di titik mc burney adalah titik imajiner yang digunakan untuk memperkirakan letak appendiks yaitu 1/3 lateral dari garis yang dibentuk dari umbilikus dan SIAS (spinal Ichiadica anterior superior). Nyeri titik ini disebabkan oleh inflamasi dari appendiks dan persentuhannya dengan perioteneum

- Perkusi

Biasanya pada appendiks sering ditemukan redup karena adanya feses pada appendiks, namun pada appendiksitis juga didapati normal.

- Auskultrasi

Biasanya bising usus normal atau meningkat pada awal appendiksitis dan bising usus melemah (hipoaktif) jika terjadi perforasi.

D. Asuhan keperawatan teoritis post appendiktomi

1. Pengkajian keperawatan

- a. Pasien pindah ke : biasanya setelah tindakan operasi appendiktomi pasien akan dipindahkan ke ruang rawat inap setelah 1-4 jam menunggu di ruangan RR (recovery room).
- b. riwayat Kesehatan
 - 1) Riwayat kesehatan saat di RR (recovery room).

Klien setelah operasi dipindahkan keruangan RR, perkiraan jam, dan Kemungkinan klien yang telah menjalani operasi apendiktomi biasanya mengalami cemas atas penyakit yang dideritanya sekarang, cemas jika

jahitan lepas. Dan biasanya klien mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan dan biasanya nyeri dirasakan seperti ditusuk – tusuk, nyeri yang dirasakan pada area operasi dapat pula menyebar di seluruh perut dan biasanya menetap sepanjang hari, klien biasanya juga merasakan keterbatasan dalam gerak.

c. Data Psikologis

Biasanya klien dengan post appendiktomi mengalami cemas atas penyakit yang dideritanya sekarang, merasa cemas karena khawatir luka operasi tidak bisa sembuh dengan baik atau muncul komplikasi.

d. Data Spiritual

Biasanya klien yang menjalani perawatan post appendiktomi akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumlah ataupun dalam kegiatan beribadah karena kelemahan fisik serta ketidakmampuannya.

e. Data Biologis

1) Pola nutrisi

Biasanya klien post appendiktomi dipuaskan sampai sistem pencernaannya berfungsi dengan baik ditandai dengan platus. Dan biasanya klien akan mengalami pembatasan masukan oral sampai fungsi pencernaan kembali kedalam rentang normalnya, pemenuhan nutrisi hanya dibantu oleh pemasukan cairan infus.

2) Pola Eliminasi

Biasanya eliminasi urin klien dibantu menggunakan kateter. Dan

biasanya klien mengalami konstipasi pada hari pertama setelah operasi akibat efek samping obat penghilang rasa sakit.

3) Pola Istirahat dan Tidur

Biasanya pola istirahat / tidur klien post appendiktomi terganggu karena ketidaknyamanan nyeri yang ia rasakan.

4) Personal Hygiene

Biasanya klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri akibat intoleransi aktivitas setelah operasi.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Biasanya klien post appendiktomi mengalami penurunan kesadaran akibat anatesi.

2) Tanda – tanda vital

Biasanya klien post appendiktomi akan mengalami penurunan tekanan darah, pernapasan meningkat, nadi lemah dan suhu rendah.

c.) Pemeriksaan mulut

- Inspeksi : Biasanya mukosa bibir kering karena adanya pembatasan masukan oral.
- Palpasi : Biasanya tidak terdapat edema.

d.) Sistem kardiovaskuler

Biasanya ada peningkatan tekanan darah dan kelemahan nadi merupakan respon dari nyeri pada pasien setelah operasi appendiktomi.

e.) Sistem pencernaan

- Inspeksi : adanya luka post operasi yang tertutup verban dibagian abdomen kanan bawah,
- Auskultasi :
Biasanya bising usus tidak terdengar jelas akibat melemahnya otot abdomen setelah operasi karena efek anestesi
- Perkusi :
Biasanya pada pasien post operasi appendiktomi akan terdengar bunyi tympani pada abdomen terutama pada abdomen kuadran kanan bawah karena pengaruh obat anestesi serta rasa nyeri pada abdomen.
- Palpasi :
Biasanya teraba ada nyeri di perut kanan bawah disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan setelah operasi. Dan biasanya terdapat oedema.

f.) Ekstremitas

- Ekstremitas atas
 - Inspeksi: Biasanya simetris kiri kanan, integritas kulit baik, tangan terpasang infus.
 - Palpasi: Biasanya teraba tidak ada nyeri tekan dan edema.
- Ekstremitas bawah
 - Inspeksi: Biasanya simetris kiri kanan dan klien juga mengalami keterbatasan dalam gerak akibat efek anestesi.
 - Palpasi: Biasanya tidak ada edema.

g.) Genitalia

- Inspeksi: Biasanya klien post apendiktomi pada genitalia terpasang kateter untuk membantu perkemihan karena keterbatasan gerak.
- Palpasi: Biasanya tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat edema.

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Hidayat, 2021).

Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama kemungkinan yang dapat muncul pada klien appendicitis:

Pre operatif :

1. Gangguan rasa nyaman b/d gejala penyakit (D.0074)
2. Deficit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)
3. Ansietas b/d kurang terpapar informasi (D.0080)

Post operatif :

1. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077)
2. Gangguan Mobilitas Fisik b/d Efek Agen Farmakologis (D.0054)
3. Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (D.0055)
4. Hipertermi b/d proses penyakit (D.0130)
5. Disfungsi motilitas gastrointestinal b/d efek agen farmakologis (D.0021)

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

Pre operatif :

Tabel 2.1
Intervensi pre operatif

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas (L.01006) menurun dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2. verbalisasi khawatir akibat menurun (5). 3. Prilaku gelisah menurun (5). 4. Prilaku tegang menurun (5) 	Reduksi ansietas (I.09314). Tindakan Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) • Identifikasi kemampuan mengambil Keputusan • Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan • temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan • Pahami situasi yang membuat ansietas • Dengarkan dengan penuh perhatian • Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan • Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

			<ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu kebutuhan 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
2.	Gangguan rasa nyaman b/d gejala penyakit (D.0074)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Status Kenyamanan (L.08064) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesejahteraan fisik meningkat (5) 2. Kesejahteraan psikologis meningkat 3. Keluhan tidak nyaman menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 	Terapi relaksasi (I.09326) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif • Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan • Identifikasi kesiapan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya • Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan • Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik

		<p>5. Kesulitan sulit tidur menurun (5)</p> <p>6. Pola tidur membaik (5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan • Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi • Gunakan pakaian longgar • Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat • Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih • Anjurkan mengambil posisi nyaman • Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi • Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih • Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
--	--	--	---

Post appendiktomi :

**Tabel 2.2
Intervensi post operatif**

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi appendicitis).(D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L.08066) dapat menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5). 2. Meringis menurun (5). 3. Sikap protektif menurun (5). 4. Gelisah menurun (5).	Manajemen nyeri (I.08238). Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal. • Identivikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. • Fasilitasi istirahat dan tidur. • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Efek Agen Farmakologis (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042)	Dukungan mobilisasi (D. 05173) Tindakan Observasi ;

		<p>dapat meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5). 2. Kekuatan otot meningkat (5). 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5). 4. Gerakan terbatas menurun (5). 5. Kelemahan fisik menurun (5). 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
3.	Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (D.0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun (1) 2. Keluhan sering terjaga menurun (1) 	<p>Dukungan Tidur (1.05174)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

		<p>3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> • Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung suplesor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
<p>4.</p>	<p>Hipertermi b/d proses penyakit (D.0130)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pucat menurun (5) 2. Suhu tubuh membaik (5) 	<p>Manajemen hipertermia (L.15506)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Onservasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan, inkubator) • Monitor suhu tubuh • Monitor kadar elektrolit

		<p>3. Suhu kulit membaik (5)</p> <p>4. Tekanan darah membaik (5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor haluaran urine • Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang dingin • Longgarkan atau lepaskan pakaian • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Berikan cairan oral • Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) • Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) • Hindari pemberian antipiretik atau aspirin • Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
5.	Disfungsi motilitas gastrointestinal b/d efek agen farmakologis (D.0021)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Motilitas Gastrointestinal (L.03023) membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Nyeri menurun (5)</p>	<p>Manajemen nutrisi (L.03119)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan

		<p>2. Kram abdomen menurun (5)</p> <p>3. Mual menurun (5)</p> <p>4. Muntah menurun (5)</p> <p>5. Distensi abdomen menurun (5)</p>	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, Jika perlu 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
--	--	---	---

4. IMPLEMENTASI

Implementasi adalah pelaksanaan dari intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah intervensi disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Putri, 2020)

5. EVALUASI

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam kebutuhan pasien. penilaian adalah tahap menentukan apakah tujuan tercapai (Putri, 2020)