

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

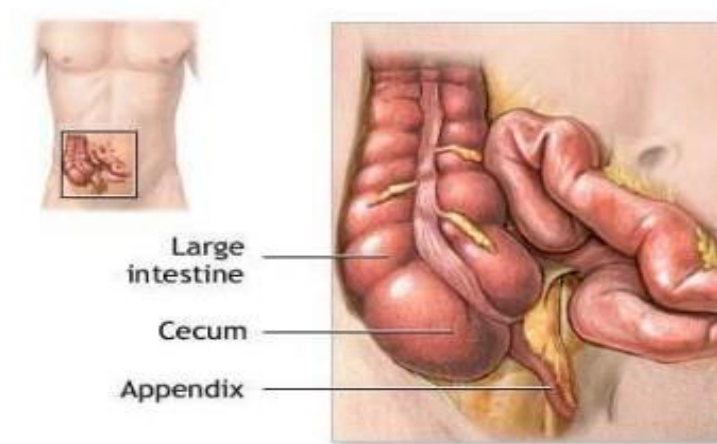
2.1 Defenisi

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis secara akut maupun kronis yang disebabkan oleh obstruksi pada lumen apendiks. Apendisitis menjadi salah satu masalah kesehatan pada anak yang paling sering memerlukan tindakan pembedahan abdomen segera (saputro.2018).

Apendisitis bisa terjadi pada semua umur, namun pada anak kurang dari satu tahun jarang terjadi karena apendiks pada anak masih berbentuk kerucut, yaitu lebar pada pangkalnya dan menyempit ke arah ujungnya, sehingga kecil kemungkinan mengalami obstruksi (Patmasari, 2020).

Apendiktomi adalah peradangan dari apendiks vermiformis, apendisitis akut biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks yang diakibatkan oleh fekalit/apendikdolit, hiperplasia limfoid, benda asing, parasit, neoplasma, atau striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya. Apendiks memiliki panjang bervariasi sekitar 6 hingga 9 cm. Obstruksi lumen yang terjadi mendukung perkembangan bakteri dan sekresi mukus sehingga menyebabkan distensi lumen dan peningkatan tekanan dinding lumen. Tekanan yang meningkat akan menghambat aliran limfe sehingga menimbulkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat tersebut, terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri periumbilikal (Wibosono.E.W Sadiya W.,2014).

2.2 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1. Anatomi Appendix (Nurarif & Kusuma 2018).

Apendiks merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10cm (kisaran 3-15cm), dan berpangkal di caecum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar di bagian distal. Namun demikian, pada bayi, apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit ke arah ujungnya. Keadaan ini mungkin menjadi sebab rendahnya insiden appendicitis pada usia itu. Pada 65% kasus, apendiks terletak intraperitoneal, kedudukan itu memungkinkan apendiks bergerak dan ruang geraknya bergantung pada panjang mesoapendiks penggantungnya. Pada kasus selebihnya apendiks terletak retroperitoneal yaitu di belakang caecum, di belakang colon ascendens, atau di tepi lateral colon ascendens. Gejala klinis appendicitis ditentukan oleh letak apendiks. Persarafan parasimpatis berasal dari cabang saraf vagus yang mengikuti mesenterica superior dan apendikularis, sedangkan persarafan simpatis berasal dari saraf torakalis 10. Oleh karena itu nyeri visceral pada appendicitis bermula di sekitar umbilicus. Pendarahan apendiks berasal dari arteri apendikularis yang merupakan arteri tanpa kolateral. Jika arteri ini tersumbat misalnya karena thrombosis pada

infeksi apendiks akan mengalami gangrene (Luvina, E, D, 2013).

2.3 Etiologi dan Faktor Predisposisi

Penyebab obstruksi lumen apendiks paling sering disebabkan oleh batu feses. Faktor lain yang dapat menyebabkan obstruksi lumen apendiks antara lain hiperplasia jaringan limfoid, tumor, benda asing dan sumbatan oleh cacing (Fransisca et al., 2019). Menurut Jay dan Marks (2016), etiologi apendisitis yaitu sebagai berikut :

- 1) Penyebab terjadinya apendisitis dapat terjadi karena adanya makanan keras (biji-bijian) yang masuk ke dalam usus buntu dan tidak bisa keluar lagi. Setelah isi usus tercemar dan usus meradang timbullah kuman-kuman yang dapat memperparah keadaan tadi.
- 2) Mucus maupun feses kemudian mengeras seperti batu (fekalit) lalu menutup lubang penghubung antara apendiks dengan caecum.
- 3) Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, tumor apendiks dan cacing askaris.
- 4) Penelitian Epidemiologi mengatakan peran kebiasaan makan makanan yang rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendiksitis. Konstipasi akan menarik bagian intrasekal, yang berakibat timbulnya tekanan intrasekal dan terjadi penyumbatan sehingga meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon.
- 5) Apendisitis disebabkan oleh adanya obstruksi yang diakibatkan juga karena gaya hidup manusia yang kurang dalam mengkonsumsi makanan tinggi serat (Tanjung, 2020).

2.4 Patofisiologi

Appendicitis terjadi karena penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mucus tersumbat makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi appendicitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Bila sekresi mucus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut appendicitis supuratif akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang dan apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi. Sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah. Diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan appendicitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh ini pecah, akan terjadi appendicitis perforasi (Wedjo, 2019).

Apendiks terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat kemungkinan oleh fekalit (massa keras dari faeces) atau benda asing. Proses inflamasi meningkatkan tekanan intraluminal, menimbulkan nyeri

abdomen atas atau menyebar hebat secara progresif, dalam beberapa jam terlokalisasi dalam kuadran kanan bawah dari abdomen. Akhirnya apendiks yang terinflamasi berisi pus (Munir, 2011).

Apendektomi biasanya disebabkan adanya penyumbatan lumen apendiks yang dapat diakibatkan oleh fekalit/atau apendikolit, hiperplasia limfoid, benda asing, parasit, mioplasma atau striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya. Obstruksi lumen yang terjadi mendukung perkembangan bakteri dan sekresi mukus sehingga menyebabkan distensi lumen dan peningkatan tekanan dinding lumen. Setelah apendiktomy dilakukan mengakibatkan kerusakan jaringan dan terjadinya ujung saraf terputus menimbulkan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit (Hanifah, 2019).

2.5 Pathway (WOC)

Etiologi

Obstruksi lumen apendiks oleh :

- Fecalith (massa feses yang keras)
- Hiperplasia dari folikel limfoid
- Benda asing (seperti biji cabai, biji jeruk)

Infeksi kuman dari colon (E. Coli)

Facelist, Benda Asing, Tumor

Obstruksi lumen apendik dan peningkatan tekanan intra lumen

Penekanan pembuluh darah lumen dan terjadi kematian sel/kerusakan jaringan

Inflamasi Apendik

APENDISITIS

Pre Op

Tindakan Pembedahan

Post Op

Respon peradangan

Pelepasan mediator nyeri dan merangsang nosireptor pada ujung

Pengiriman impuls nyeri ke medulla spinalis sehingga terjadi nyeri difus epigastrium

MK : Nyeri Akut

Peningkatan vaskuler dan permeabilitas darah meningkat

Peningkatan intra abdominal dan penekanan gaster

Mual Muntah

Anoreksia

MK : Deficit Nutrisi

Peningkatan vaskuler dan permeabilitas darah

Tindakan Invasif Apendiktomi
Perubahan Status Kesehatan

Ketidak tahuan

Coping Individu tidak efektif

MK : Ansietas

Distensi Abdomen

Spasme Abdomer.

Nyeri

Mobilitas Terbatas

MK : Gangguan Mobilitas Fisik

Efek Anestesi

Mual Muntah

Efek Luka

Pemajanan mikro organisme

MK : Resiko Infeksi

Infeksi Luka Perioperatif

MK : Perlambatan Pasca Bedah

Terputusnya Kontinuitas Jaringan

2.6 Tanda dan Gejala

Keluhan apendektomi dimulai dari nyeri diperiumbilikus dan muntah dan rangsangan peritonium viseral. Dalam waktu 2-12 jam seiring dengan iritasi peritoneal, kerusakan integritas kulit, nyeri perut akan berpindah kekuadran kanan bawah yang menetap 7 dan diperberat dengan batuk dan berjalan. Nyeri akan semakin progeresif dan dengan pemeriksaan akan menunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Gejala lain yang dapat ditemukan adalah anoreksia, malaise demam tek terlalu tinggi konstipasi diare, mual, dan muntah (Hanifah, 2019).

2.7 Komplikasi

Komplikasi setelah dilakukannya pembedahan apendiktomi menurut (Eqlima Elfira et al., 2021) yaitu :

a . Peritonitis

Jika usus buntu pecah lapisan perut (peritoneum) akan terinfeksi bakteri. Ini disebut peritonitis. Hal ini dapat merusak organ dalam dengan gejala peritonitis dapat meliputi : sakit perut terus menerus yang parah, suhu tinggi, detak jantung yang cepat, sesak napas dengan napas cepat dan pembengkakan perut. Jika peritonitis tidak segera diobati dapat menyebabkan masalah jangka panjang dan bahkan bisa berakibat fatal. Perawatan untuk peritonitis biasanya melibatkan antibiotik dan pembedahan untuk mengangkat usus buntu.

b . Abses

Terkadang abses terbentuk di sekitar usus buntu yang pecah. Ini adalah kumpulan nanah yang menyakitkan yang terbentuk ketika tubuh mencoba

melawan infeksi. Dalam kasus yang jarang terjadi (sekitar 1 dari 500), abses dapat terbentuk sebagai komplikasi pembedahan untuk mengangkat usus buntu. Abses terkadang dapat diobati dengan menggunakan antibiotik, tetapi dalam kebanyakan kasus nanah perlu dikeluarkan dari abses. Ini dapat dilakukan di bawah bimbingan ultrasound atau CT. Pasien akan diberikan anestesi lokal dan jarum akan dimasukkan melalui kulit, diikuti dengan penempatan saluran pembuangan. Jika abses ditemukan selama operasi, area tersebut dicuci dengan hati-hati dan antibiotik diberikan

c . Adhesi

Adhesi bisa menjadi lebih besar atau lebih ketat dari waktu ke waktu. Masalah dapat terjadi jika perlengketan menyebabkan organ atau bagian tubuh memutar, tarik keluar dari posisi, tidak dapat bergerak secara normal. Risiko pembentukan perlengketan tinggi setelah operasi usus atau organ kewanitaan. Pembedahan menggunakan laparoskop cenderung menyebabkan perlengketan daripada operasi terbuka. Penyebab lain dari perlengketan di perut atau panggul meliputi: apendisitis, paling sering saat usus buntu pecah.

d . Perforasi Apendisitis

perforasi adalah pecahnya apendiks yang sudah gangren yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum. Pada dinding apendiks tampak daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nekrotik. Apendisitis adalah peradangan dari apendiks veriformis dan merupakan penyebab abdomen akut. Apendiks memiliki panjang sekitar 6 cm sampai 9 cm pada orang dewasa 20-30 tahun. Dasar apendiks melekat pada sekum dan ujungnya memiliki beberapa posisi seperti retrosekal, pelvis, antesekal,

preileal, retroileal, atau perikolik kanan. Prevalensi apendisitis lebih banyak di negara maju dari pada Negara berkembang, disebabkan karena masyarakat di negara maju kurang mengkonsumsi makanan berserat tinggi sehingga terjadi pembentukan fase fekalit lalu menjadi obstruksi lumen yang akan menyebabkan penyakit apendisitis.

e. Massa apendikular

Massa apendiks adalah tumor inflamasi yang terdiri dari apendiks yang meradang. Visera yang berdekatan dan omentum mayor, sedangkan abses adalah massa apendiks yang mengandung nanah. Pasien diagnosis dengan pemeriksaan fisik, computed tomography (CT) dan USG.

f. Infeksi luka operasi apendiktomi

Infeksi luka operasi (ILO) merupakan salah satu dari tiga infeksi tersering yang didapat di rumah sakit, dengan rata-rata mencapai 14-16% dan yang merupakan infeksi yang paling sering terjadi pada pasien post operasi. Hampir dua pertiga angka kejadian ILO terbatas pada luka insisi operasi dan hanya sepertiga yang juga melibatkan organ atau bagian anatomi lain yang terlibat saat operasi. ILO juga sering terjadi setelah operasi appendectomy terutama 12 pada apendisitis yang kompleks (gangrenosa dan rupture) dengan angka kejadian mencapai 9-53%. Dimana dengan nyeri waktu tinggal di rumah sakit dan biaya di Rumah Sakit Sanglah sendiri belum ada penelitian yang menunjukkan angka kejadian ILO post appendectomy, maupun faktor risiko terjadinya ILO.

2.8 Penatalaksanaan

Menurut Saputro (2018), penatalaksanaan yang dilakukan pada klien apendisitis yaitu penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan keperawatan :

1) Penatalaksanaan Medis

- a) Pembedahan (konvensional atau laparaskopi) apabila diagnose apendisitis telah ditegakan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.
- b) Berikan obat antibiotik dan cairan IV sampai tindakan pembedahan dilakukan.
- c) Agen analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakan.
- d) Operasi (apendiktomi), bila diagnosa telah ditegakan yang harus dilakukan adalah operasi membuang apendiks (apendiktomi). Penundaan apendiktomi dengan cara pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan drainage.

2) Penatalaksanaan Keperawatan

- (a) Tatalaksana apendisitis pada kebanyakan kasus adalah apendiktomi.

Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi. Teknik laparaskopi sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat

peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoskopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada pasien dengan akut abdomen, terutama pada wanita

- (b) Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal.
- (c) Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur Intra Vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bilateral bukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.
- (d) Setelah operasi, posisikan pasien fowler tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi, dan lakukan perawatan luka.
- (e) Jika drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tanda - tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau abses sekunder
Jadi berdasarkan pembahasan diatas, tindakan yang dapat dilakukan terbagi dua yaitu tindakan medis yang mengacu pada tindakan pembedahan/apendectomy dan pemberian analgetik, dan tindakan keperawatan yang mengacu pada pemenuhan kebutuhan klien sesuai dengan kebutuhan klien untuk menunjang proses pemulihan

3). Penatalaksanaan setelah operasi

Selama beberapa jam se usai operasi usus buntu. Tanda-tanda vital

seperti detak jantung dan pernapasan akan dipantau secara intensif. Perawat juga akan memeriksa efek reaksi bius yang dipakai dalam operasi. Pasien umumnya bisa langsung pulang pada hari itu juga jika penyakit usus buntunya tidak parah.

Selama beberapa hari setelah operasi, akan ada rasa nyeri dan ketidaknyamanan pada area bekas sayatan. Dokter akan meresepkan obat-obatan pereda nyeri dan antibiotik pencegah infeksi. Pastikan bekas sayatan itu tetap bersih agar tidak terinfeksi. Pemulihan biasanya berlangsung selama 4-6 pekan. Selama masa itu, pasien tidak dianjurkan membatasi aktivitas fisik dan menjalani konsultasi dengan dokter beberapa kali untuk mengecek kondisi pasien serta memeriksa bekas sayatan dari operasi usus buntu.

4) Penatalaksanaan nyeri

Teknik non farmakologis adalah suatu tindakan mandiri perawat dalam mengurangi nyeri, berbagai macam teknik nonfarmakologi dapat digunakan untuk mengurangi nyeri seperti teknik Tarik nafas dalam, Teknik relaksasi, distraksi, biofeedback, Transcutan (Hartanti, dkk,2018).

1. 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 ekstremitas atas dan bawah rileks
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui

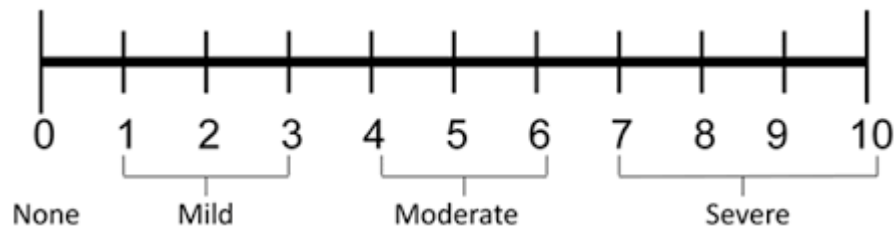
- mulut secara perlahan-lahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
- i. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
- j. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- k. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi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

2. Teknik relaksasi

- a. Adapun Teknik relaksasi sebagai berikut :
- b. Duduk dengan posisi santai dan nyaman, bayangkan hal yang menyenangkan dengan mata terpejam.
- c. Mensyukuri nikmat dari Tuhan YME, ikhlas dan sabar.
- d. Tarik nafas dari hidung, tahan 3 hitungan, lalu hembuskan nafas dari mulut.
- e. 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)

2.2 Asuhan keperawatan teoritis

2.2.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian fokus pada klien post apendiktomi menurut Saputro (2018) antara lain:

1) Identitas

- Identitas pasien

Identitas klien post apendiktomi yang menjadi pengkajian dasar meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan no rekam medis, tanggal masuk rumah sakit dan alamat.

- Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab klien yang menjadi pengkajian dasar meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

2) Keluhan utama

Klien post apendiktomi biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi karena ada kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan operasi.

3) Riwayat penyakit

a) Riwayat Penyakit Sekarang

Kemungkinan klien yang telah menjalani operasi apendiktomi biasanya mengalami cemas atas penyakit yang dideritanya sekarang,

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 merasakanketerbatasan dalam gerak.

b) Riwayat Penyakit Sebelumnya

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

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya tidak ada anggota keluarga lainnya yang menjalani operasi apendiktomi dan tidak ada penyakit keturunan lainnya.

d) Riwayat Psikologis

Biasanya klien dengan post apendiktomi mengalami cemas atas penyakit yang dideritanya sekarang.

e) Riwayat Spiritual

Biasanya klien yang menjalani perawatan post apendiktomi akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam hal ibadah.

f) Data Sosial

Biasanya klien dengan post apendiktomi tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial denganorang lain.

g) Data Ekonomi

Biasanya kaji pendapatan ekonomi dan pengaruh penyakit yang

diderita terhadap pekerjaan, biasanya penyakit yang diderita berpengaruh terhadap pekerjaan.

4. Pola Aktivitas

a) Pola Nutrisi

Biasanya klien akan mengalami pembatasan masukan oral sampai fungsi pencernaan kembali kedalam rentang normalnya, pemenuhan nutrisi hanya dibantu oleh pemasukan cairan infus.

b) Pola Eliminasi

Biasanya eliminasi urin klien dibantu menggunakan kateter.

c) Pola Istirahat / Tidur

Biasanya pola istirahat / tidur klien post apendiktomi terganggu akibat nyeri yang dirasakan.

d) Pola Personal Hygiene

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

5. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Biasanya klien post apendiktomi mengalami penurunan kesadaran akibat dari anastesi.

b) Tanda – Tanda vital

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

c) Head To Toe

1) Pemeriksaan Kepala

- a. Inspeksi: Biasanya kebersihan kepala, warnarambut, tidak ada kelainan bentuk kepala.
- b. Palpasi: biasanya tidak ada nyeri tekan dan edema.

2) Pemeriksaan Mata

- a. Inspeksi: Biasanya keadaan pupil isokor, refleksi cahaya, konjungtiva tidak anemis.
- b. Palpasi: biasanya tidak ada nyeri tekan dan edema.

3) Pemeriksaan Hidung

- a. Inspeksi: Biasanya bersih, tidak terdapat polip.
- b. Palpasi: biasanya tidak terdapat nyeri tekan dan edema.

4) Pemeriksaan Mulut

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

5) Pemeriksaan Telinga

- a. Inspeksi: Biasanya pendengaran tidak mengalami gangguan, inspeksi bentuk dan kesimetrisan telinga, kebersihan telinga.
- b. Palpasi: Biasanya tidak ada nyeri tekan.

6) Pemeriksaan Thorak

- a. Inspeksi: Biasanya pergerakan dada simetris, bentuk dan postur normal.
- b. Palpasi: Biasanya tidak ada nyeri tekan, integritas

kulit baik.

- c. Perkusi: Biasanya ukuran dan bentuk teraba normal.
- d. Auskultasi: Biasanya terdengar bunyi napas vesikuler pada kedua paru, tidak terdapat suara tambahan.

7) Abdomen

- a. Inspeksi: Biasanya pada klien post apendiktomi terdapat bekas luka operasi yang masih ditutupi dengan perban pada kuadran kanan bawah abdomen.
- b. Auskultasi: Biasanya bising tidak terdengar jelas akibat melemahnya otot abdomen setelah operasi karena efek anastesi.
- c. Perkusi: Biasanya redup akibat otot abdomen yang masih melemah setelah operasi.
- d. Palpasi: Biasanya ada nyeri di perut kanan bawah disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan setelah operasi.

8) Ekstremitas

- Ekstremitas atas
 - a. Inspeksi: Biasanya simetris jika, integritas kulit baik, tangan terpasang infus.
 - b. Palpasi: Biasanya tidak ada nyeri tekan dan edema.
- Ekstremitas bawah
 - a. Inspeksi: Biasanya simetris jika dan klien juga

mengalami keterbatasan dalam gerak akibat efek anastesi.

b. Palpasi: Biasanya tidak ada edema.

9) Genitalia

a. Inspeksi: Biasanya klien post apendiktomi pada genitalia terpasang kateter untuk membantu perkemihan karena keterbatasan gerak.

b. Palpasi: Biasanya tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat edema.

d) Pemeriksaan Penunjang

1) Ultrasonografi adalah diagnostik untuk apendisitis akut.

2) Foto polos abdomen: dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.

3) Pemeriksaan darah rutin: untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

e) Pemeriksaan Laboratorium.

a. Darah: kemungkinan ditemukan leukosit lebih dari 10.000 μ /ml.

b. Urine: kemungkinan ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon

klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

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

- a. Nyeri akut b/d Agen pencidera fisik (Prosedur Operasi) (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b/d keenganan melakukan pergerakan (D.0054)
- c. Resiko infeksi b/d efek prosedur invasive (D.0142)
- d. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)
- e. Ansietas b/d kurang terpapar informasi (D.0080)
- f. Perlambatan pemulihan pasca bedah b/d infeksi luka perioperatif (D.0133)

2.2.3 Manajemen Keperawatan

- a) Manajemen nyeri (I.08238)
- b) Dukungan mobilitas (1.05173)
- c) Perawatan area insisi (1.14558)
- d) Manajemen nutrisi (i.03110)
- e) Terapi relaksasi (I.09326)
- f) Dukungan edukasi (I)

2.2.4 Intervensi Keperawatan Berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut b/d Agen pencidera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) dengan Ekspektasi Menurun dan kriteria hasil: • Keluhan nyeri, menurun. • Meringis, menurun • Sikap protektif, menurun. • Gelisah, menurun. • Kesulitan tidur, menurun • Menarik diri, menurun • Perasaan depresi, Menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Tindakan Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingankan nyeri. 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik. 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri . 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. memonitor nyeri secara mandiri. 3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>

2	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Efek Agen Farmakologis (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan asuhan selama 3 x 24 jam Mobilitas Fisik (L.05042) dengan ekpektasi Meningkatkan dan Kriteria Hasil : • Pergerakan ekstremitas, meningkat • Kekuatan otot, meningkat Rentang Gerak (ROM), meningkat	Dukungan Mobilisasi (1.05173) Tindakan Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
---	--	--	--

3.	Resiko infeksi b/d efek prosedur invasive (0142)	Setelah dilakukan tindakan asuhan selama 3 x 24 jam Tingkat Infeksi (L14137) dengan ekpektasi Menurun dan Kriteria Hasil : • Demam: Menurun • Kemerahan: Menurun • Nyeri: Menurun • Bengkak: Menurun	Perawatan area insisi (1.14558) Tindakan Observasi 1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak 2. Identifikasi karakteristik drainase 3. Monitor proses penyembuhan area insisi 4. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 1. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat 2. Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih 3. Bersihkan area di sekitar tempat pembuangan atau tabung drainase 4. Ganti balutan luka sesuai jadwal Edukasi 1. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi Ajarkan cara merawat area insisi
----	--	---	--

4.	Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi dengan Ekspektasi Membaik dan kriteria hasil: • porsi makanan yang dihabiskan Meningkat • kekuatan otot pengunyah Meningkat • kekuatan otot menelan serum albumin Meningkat • verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi Meningkat • pengetahuan tentang pilihan makanan yang	Manajemen nutrisi (I.03110) Tindakan Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan sebelum makan, jika perlu 2. fasilitasi menentukan pedoman diet 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan
----	---	---	---

		sehat Meningkat • pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat Meningkat • pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat • penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman Meningkat • . penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman Meningkat • perasaan cepat kenyang Menurun • nyeri abdomen Menurun	
--	--	---	--

		• berat badan Membaik • indeks massa tubuh (IMT) Membaik • nafsu makan membaik	
--	--	--	--

5.	Ansietas b/d kurang terpaparnya informasi (D.0080)	Tingkat ansietas (L.09093) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka ekspektasi tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil • perilaku gelisah menurun • frekuensi pernafasan menurun • frekuensi nadi menurun • tekanan darah menurun • pola tidur membaik	Terapi relaksasi (L.09326) Tindakan Observasi 1. Identifikasi penurunantingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Kesedihan, kemampuan dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Monitor responns terhadap terapi Relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur Teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan dan jenis relaksasi yang tersedia 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman.
----	--	--	--

6.	Perlambatan pemulihan pascabedah b/d infeksi luka perioperatif (D.0133)	Pemulihan pascabedah (L.14129) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka ekspektasi pemulihan pascabedah meningkat dengan kriteria hasil • kenyamanan meningkat • selera makan meningkat • mobilitas meningkat • kemampuan melanjutkan pekerjaan meningkat • kemampuan bekerja meningkat • kemampuan perawatan diri meningkat • waktu penyembuhan menurun • area luka operasi membaik	Dukungan perawatan diri (1.11348) Tindakan Observasi 1.identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2.monitor tingkat kemandirian 3.identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan Terapeutik 1.sediakan lingkungan yang terapeutik 2.siapkan keperluan pribadi 3.dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4.fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan Edukasi 1.Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
----	--	--	--

2.24.1 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi / aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien (Potter P & Perry, 2014).

2.24.2 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi bertujuan untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan (Setiadi, 2012).