

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan teoritis Medis

2.1.1 Definisi

Apendisitis akut adalah peradangan pada apendiks vermiformis (Grace, & Borley, 2006). Apendisitis adalah inflamasi pada apendiks yang dapat terjadi karena obstruksi apendiks oleh feses atau akibat terpuntirnya apendiks dan pembuluh darahnya (Corwin, 2009). Sjamsuhidajat (2004) Apendisitis adalah merupakan infeksi bakteri pada apendiks. Apendisitis biasanya disebabkan karena sumbatan lumen apendiks, hiperplasia jaringan limfa, fekalit, dan cacing askaris yang menyebabkan sumbatan.

Sesuai ketiga di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa apendisitis merupakan peradangan pada apendiks yang disebabkan karena penyumbatan pada apendiks. Sedangkan apendiktomi merupakan pengangkatan apendiks yang mengalami peradangan.

2.1.2 Etiologi

Menurut Irga (2007) dalam Jitowiyono (2010) Terjadinya apendisitis umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun banyak sekali faktor pencetus penyakit ini. Diantaranya obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi pada lumen apendiks ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, cancer primer dan striktur. Namun yang paling sering menyebabkan obstruksi lumen apendiks adalah fekalit dan hiperplasia jaringan limfoid.

Penyebab lain yang diduga dapat menyebabkan apendisitis yaitu erosi mukosa karena parasit seperti *E. Histolitica*, zat kebiasaan makanan rendah serat dan pengaruh kontipasi (Sjamsuhidajat 2004).

2.1.3 Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folokel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut 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 apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium.

Bila sekresi mukus 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 peritonium setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuraktif akut.

Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi. Bila proses di atas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang di sebut infiltrat apendikularis. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah apendiktomi, jika tidak dilakukan tindakan segera mungkin maka peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang (mansjoer, 2000)

Apendiks terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat kemungkinan oleh fekolit (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).

2.1.4 Manifestasi klinis

Sjamsuhidajat (2004) mengatakan manifestasi klinis dari apendisitis adalah:

1. Tanda awal

Nyeri mulai di epigastrium atau regio umbilikus disertai mual dan anoreksia.

2. Nyeri pindah ke kanan bawah dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum lokal dititik

Mc Burney

a. Nyeri tekan

b. Nyeri lepas

c. Defans muskuler

3. Nyeri rangsangan peritonium tidak langsung

a. Nyeri kanan bawah pada tekanan kiri (Rovsing)

b. Nyeri kanan bawah bila tekanan di sebelah kiri dilepaskan (Blumberg)

c. Nyeri kanan bawah bila peritonium bergerak seperti nafas dalam, berjalan, batuk, mencedan.

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan apendiksitis menurut(Mansjoer 2000) yaitu:

1. Tindakan sebelum operasi

a. Observasi

b. Intubasi bila perlu

c. Antibiotik

2. Tindakan operasi : Apendiktomi

3. Tindakan pasca operasi

Observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya pendarahan didalam, syok, hipertermia, atau gangguan pernapasan. Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Baringkan pasien dalam posisi fowler.

Pasien dipuasakan bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Kemudian berikan minum mulai 15 ml per jam selama 4-5 jam, lalu naikkan menjadi 30 ml per jam. Keesokan harinya diberikan makanan lunak. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk diluar kamar. Hari ketujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

1. Diagnosis berdasarkan klinis, namun sel darah putih (hampir selalu leukositosis) dan CRP (biasanya meningkat) sangat membantu
2. Ultrasonografi untuk massa apendiks dan jika masuh ada keraguan untuk menyingkirkan kelainan pelvis lainnya (misalnya kista ovarium)
3. Laparoscopi biasanya digunakan untuk menyingkirkan kelainan ovarium sebelum dilakukan apendisektomi pada wanita muda
4. CT scan (heliks) pada pasien usia lanjut atau di mana penyebab lain masih mungkin (Grace & Borley 2006).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pasca oprasi menurut (Mansjoer arif 2000)

1. Perforasi apendiks
2. Peritonitis
3. Abses

2.2 Tinjauan teori Asuhan Keperawatan

Menurut carpenito (1996) dikutip oleh keliat (2006). Pemberian Asuhan keperawatan merupakan proses terapautik yang melibatkan hubungan kerja sama antara perawat dengan

klien, keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Asuhan keperawatan juga menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian masalah atau diagnose, menyusun rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

Menurut (nikmatur, 2012) pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data, meliputi data biologis, psikologi, social dan spiritual.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data yang akurat yang system matis serta membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan pasien, serta mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan dan serta merumuskan diagnosa keperwatan.

2.2.2 Analisa data

Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan mentabuasi, menyeleksi, mengelompokan, mengkaitkan data, menentukan kesenjangan informasi, melihat pola data membandingkan dengan standart, menginterpretasikan dan membuat kesimpulan.

2.2.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respon individu, keluarga dan komunitas komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual dan potensial.

2.2.4 Perencanaan

Setelah melakukan diagnose keperawatan , maka intervensi dan pelaksanaan keperawatan perlu di tetapkan untuk mengurangi, menghilangkan pencegah masalah keperawatan klien yang meliputi; memprioritaskan masalah menunjukkan tujuan dan criteria hasil serta merumuskan sesuai dengan masalah .

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk melihat efek dari tindakan keperawatan pada klien, evaluasi dilakukan setiap melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif dengan membandingkan respon klien pada jangka panjang dan jangka pendek.

2.3 Penerapan asuhan keperawatan pada appendicitis

Dalam memberikan asuhan keperawatan digunakan metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi 4 tahap yaitu ; pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah komponen kunci dan pondasi proses keperawatan, pengkajian dibagi 3 tahap yaitu, pengumpulan data, analisa data, dan diagnose keperawatan.

1. Pengumpulan data

Dalam pengumpulan data ada urutan-urutan kegiatan yang dilakukan yaitu;

a. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, tanggal atau jam masuk rumah sakit, nomer register, diagnosa, nama orang tua, umur, pendidikan, pekerjaan, agama dan suku bangsa.

b. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang klien dengan post appendektomi mempunyai keluhan utama nyeri yang disebabkan insisi abdomen.

c. Riwayat penyakit dahulu

Meliputi penyakit apa yang pernah diderita oleh klien seperti hipertensi, operasi abdomen yang lalu, apakah klien pernah masuk rumah sakit, obat-obatan yang pernah digunakan apakah mempunyai riwayat alergi dan imunisasi apa yang pernah didapatkan.

d. Riwayat keperawatan keluarga

Adalah keluarga yang pernah menderita penyakit diabetes mellitus, hipertensi, gangguan jiwa atau penyakit kronis lainnya upaya yang dilakukan dan bagaimana genogramnya.

e. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adakah kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekuensinya), bagaimana status ekonomi keluarga kebiasaan merokok dalam mempengaruhi penyembuhan luka.

2) Pola tidur dan istirahat

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

3) Pola aktivitas

Aktivitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri luka operasi, aktivitas biasanya terbatas karena harus badrest berapa waktu lama setelah pembedahan.

4) Pola hubungan dan peran.

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. Penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

5) Pola sensorik dan kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan, peran serta pendengaran, kemampuan, berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.

6) Pola penanggulangan stres

Kebiasaan klien yang digunakan dalam mengatasi masalah.

7) Pola tata nilai dan kepercayaan

Bagaimana keyakinan klien pada agamanya dan bagaimana cara klien mendekati diri dengan tuhan selama sakit.

f. Pemeriksaan fisik.

a) Status kesehatan umum.

Kesadaran biasanya compos mentis, ekspresi wajah menahan sakit ada tidaknya kelemahan.

1) Integumen

Ada tidaknya oedema, sianosis, pucat, pemerahan luka pembedahan pada abdomen sebelah kanan bawah.

2) Kepala dan Leher

Ekspresi wajah kesakitan, pada konjungtiva apakah ada warna pucat.

3) Thorak dan paru

Apakah bentuknya simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, gerakan cuping hidung maupun alat bantu nafas, frekwensi pernafasan biasanya normal (16-20 kali permenit). Apakah ada ronchi , whezing, stidor.

4) Abdomen

Pada post operasi biasanya sering terjadi ada tidaknya pristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen, tidak flatus dan mual, apakah bisa kencing spontan atau retensi urine, distensi supra pubis, periksa apakah mengliir lancar, tidak ada pembuntuan serta terfiksasi dengan baik.

5) Ekstermitas

Apakah ada keterbatasan dalam aktivitas karena adanya nyeri yang hebat dan apakah ada kelumpuhan atau kekakuan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Tahap akhir dari pengkajian adalah merumuskan diagnosa keperawatan .

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas tentang masalah kesehatan klien yang dapat di atasi dengan tindakan keperawatan.

Dari analisa di atas dapat yang dapat di rumuskan diagnosa keperawatan pada klien apendisitis sebagai berikut;

a. Diagnosa keperawatan pertama : Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan; perforasi/ruptur pada apendiks, peritonitis; pembentukan abses, prosedur invasif, insisi bedah

1) Kriteria hasil yang diharapkan maningkatkan penyembuhan luka dengan benar, bebas tanda infeksi atau inflamasi, drainase prupulen, eritema, dan demam.

2) Intervensi

a) Awasi tanda vital, perhatikan demam, mengigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen

Rasional : dugaan adanya infeksi/terjadinya sepsis, abses, peritonitis

b) Lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik

Rasional : menurunkan resiko penyebaran infeksi

c) Lihat insisi dan balutan, catat karakteristik drainase luka/drain (bila dimasukkan), eritema

Rasional : memberikan deteksi dini terjadinya proses infeksi, dan pengawasan penyembuhan peritonitis yang telah ada sebelumnya.

d) Berikan informasi yang tepat, jujur pada pasien atau orang terdekat

Rasional : pengetahuan tentang kemajuan situasi memberikan dukungan emosi, membantu menurunkan ansietas.

e) Kolaborasi berikan antibiotik sesuai indikasi

Rasional : mungkin diberikan secara profilaktik atau menurunkan jumlah organisme (pada infeksi yang telah ada sebelumnya) untuk menurunkan penyebaran dan pertumbuhannya pada rongga abdomen.

b. Diagnosa keperawatan kedua ; Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah pra operasi pembatasan pasca operasi (puasa), status hipermetabolik (demam, proses penyembuhan), inflamasi peritonium dengan cairan asing.

1) Kriteria hasil yang diharapkan mempertahankan keseimbangan cairan dibuktikan oleh kelembaban membran mukosa, turgor kulit baik, tanda-tanda vital stabil dan secara individual haluaran urin adekuat.

2) Intervensi

a) Awasi tekanan darah dan nadi

Rasional : tanda yang membantu mengidentifikasi fluktuasi volume intravaskuler

b) Lihat membran mukosa; kaji turgor kulit dan pengisian kapiler

Rasional : indikator keadekuatan sirkulasi perifer dan hidrasi seluler

c) Awasi masukan dan haluaran; catat warna urine/konsentrasi, berat jenis.

Rasional : penurunan haluaran urine pekat dengan peningkatan berat jenis diduga dehidrasi atau kebutuhan peningkatan cairan

d) Auskultasi bising usus, catat kelancaran flatus, gerakan usus

Rasional : indikator kembalinya peristaltik, kesiapan untuk pemasukan peroral

e) Berikan sejumlah kecil minuman jernih bila pemasukan peroral dimulai, dan lanjutkan diet sesuai toleransi

Rasional : menurunkan iritasi gaster atau muntah untuk meminimalkan kehilangan cairan

f) Berikan perawatan mulut sering dengan perhatian khusus pada perlindungan bibir

Rasional : dehidrasi mengakibatkan bibir dan mulut kering dan pecah-pecah

g) Berikan cairan IV dan elektrolit

Rasional : peritonium bereaksi terhadap iritasi/infeksi dengan menghasilkan sejumlah besar cairan yang dapat menurunkan volume sirkulasi darah, mengakibatkan hipovolemia, dehidrasi dan dapat terjadi ketidak seimbangan elektrolit.

c. Diagnosa Keperawatan ketiga ; Nyeri akut berhubungan dengan adanya insisi bedah, laporan nyeri, wajah mengerut, otot tegang, perilaku distraksi.

1) Kriteria hasil yang diharapkan melaporkan nyeri hilang/terkontrol, tampak rileks, mampu tidur atau istirahat dengan cepat.

2) Intervensi

a) Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, beratnya (skala 0-10).

Rasional : berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan.

b) Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler.

Rasional : grafitasi melokalisasi eksudat dalam abdomen bawah/pervis, menghilangkan ketegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.

c) Dorong ambulansi dini.

Rasional : meningkatkan normalisasi fungsi organ, contoh merangsang peristaltik dan kelancaran flatus, menurunkan ketidaknyamanan abdomen.

d) Berikan aktivitas hiburan.

Rasional : fokus perhatian kembali, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan koping.

e) Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan analgesic.

Rasional : menghilangkan nyeri.

d. Diagnosa Keperawatan Keempat ; Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpacu/mengingat, salah interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.

1) Kriteria hasil yang diharapkan menyatakan pemahaman proses penyakit, pengobatan, dan potensial komplikasi, Berpartisipasi dalam program pengobatan.

2) Intervensi

a) Kaji ulang pembatasan aktivitas pasca operasi.

Rasional : memberikan informasi pada pasien untuk merencanakan kembali rutinitas biasa tanpa menimbulkan masalah.

b) Dorong aktivitas sesuai dengan periode istirahat periodik.

Rasional : mencegah kelamahan, meningkatkan penyembuhan dan mempermudah kembali ke aktivitas normal.

c) Diskusikan perawatan insisi. Termasuk mengganti balutan, pembatasan mandi, dan kembali ke dokter untuk mengangkat jahitan.

Rasional : pemahaman meningkatkan kerjasama dengan program terapi. Meningkatkan penyembuhan dan proses perbaikan.

d) Identifikasi gejala yang memerlukan evaluasi medik, contohnya peningkatan nyeri, edema/eritema luka, adanya drainase, demam.

Rasional : upaya intervensi menurunkan resiko komplikasi serius, contoh lambatnya penyembuhan, peritonitis.

2.3.3 Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan ini, fase pelaksanaan terdiri dari berbagai kegiatan yaitu ;

1 Intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah di lakukan konsolidasi.

2 Keterampilan interpersonal, intelektual teknikal, dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat.

- 3 Keamanan fisik dan psikologia dilindungi.
- 4 Dokumentasi intervensi dan respon klien.

2.3.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan semua tahap proses keperawatan (Diagnosa tujuan intervensi) harus di evaluasi dengan melibatkan klien, perawat dan anggota team kesehatan lainya dan bertujuan untuk menilai apakah tujuan dalam perencanaan keperawatan tercapai atau tidak untuk melakukan pengkajian ulang jika tindakan belum berhasil.

Ada tiga alternative yang di pakai perawat dalam menilai suatu tindakan berhasil atau tidaknya dan sejauh mana tujuan yang telah di tetapkan itu tercapai yaitu :

- 1 tujuan tercapai
- 2 tujuan tercapai sebagian
- 3 tujuan tidak tercapai