

BAB II

KONSEP DASAR

A. KONSEP APENDIKSITIS

1. Pengertian

Apendisitis akut adalah peradangan pada apendiks vermiformis (Grace, & Borley, 2006, h. 107). Apendisitis adalah inflamasi pada apendiks yang dapat terjadi karena obstruksi apendiks oleh feces 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. 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).

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).

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, mendedan.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan apendiksitis menurut Mansjoer , 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 dipuaskan 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.

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 masih 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).

7. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pasca operasi menurut Mansjoer arif (2000)

1. Perforasi apendiks
2. Peritonitis
3. Abses

8. Pengkajian

1. Pengkajian pasien (*post operasi*) apendisitis menurut Edi, 2011 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 appendiktomi 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 takut bergerak karena rasa nyeri luka operasi, aktivitas biasanya terbatas karena harus beristirahat 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.

1) Status kesehatan umum.

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

2) Integumen

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

3) Kepala dan Leher

Ekspresi wajah kesakitan, pada konjungtiva apakah ada warna pucat.

4) 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.

5) 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 menglir lancar, tidak ada pembuntuan serta terfiksasi dengan baik.

6) Ekstermitas

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

2. Diagnosa keperawatan menurut Doengoes

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi apendisitis adalah :

a. Nyeri akut yang 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 mobilisasi 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 analgesik sesuai indikasi.

Rasional : menghilangkan nyeri.

- b. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan/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.



B . Mobilisasi

1. Pengertian

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat (Mubarak dan Nurul C, 2007). Menurut, (Hidayat, 2006) mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat dan pentingnya untuk kemandirian suatu keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerak fisik di sebut dengan imobilisasi. Perubahan dalam tingkat mobilisasi fisik dan dapat mengakibatkan intruksi pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, kehilangan fungsi motorik (Potter dan Perry, 2005).

a. Jenis mobilisasi

Menurut,(Alimul,2009) jenis mobilisasi di bedakan berdasarkan kemampuan gerakan yang dilakukan oleh seseorang yaitu:

- 1) Mobilisasi penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- 2) Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena di pengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh.

b. Tujuan mobilisasi dini

Mobilisasi dini bertujuan untuk mengurangi nyeri pasca bedah, Mobilisasi yang dilakukan untuk meningkatkan ventilasi, mencegah stasis darah dengan meningkatkan kecepatan sirkulasi pada ekstremitas dan kecepatan pemulihan pada luka abdomen (Suzanne C, 2005).

c. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini :

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasca operasi harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
2. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli.
3. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
4. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan untuk belajar berjalan.