

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Appendisitis**

##### **1. Definisi**

Appendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparatomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi (Anonim, 2016).

Appendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua umur baik laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2013).

##### **2. Anatomi & Fisiologi**

Appendiks Vermiformis atau yang sering disebut sebagai apendiks adalah organ berbentuk tabung dan sempit yang mempunyai otot dan banyak mengandung jaringan limfoid. Panjang apendiks vermiformis bervariasi dari 3-5 inci (8-13 cm). Dasarnya melekat permukaan aspek posteromedial caecum 2,5 cm dibawah junctura iliocaecal dengan lainnya bebas. Lumennya melebar di bagian distal dan menyempit dibagian proksimal (S. H. Sibuea, 2014).

Appendiks vermiformis terletak pada kuadran kanan bawah abdomen di region iliaca dextra. Pangkalnya diproyeksikan kedinding anterior abdomen pada titik sepertiga bawah yang menghubungkan spina iliaca anterior superior dan umbilicus yang disebut titik McBurney (Siti Hardiyanti Sibuea, 2014).

Secara fisiologis ,appendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalirkan ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara appendiks berperan pada patogenesis appendiks. Immunoglobulin sekreator yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue) yang terdapat disepanjang saluran pencernaan termasuk appendiks ialah iga. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai perlindungan terhadap infeksi. Namun demikian ,pengangkatan appendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfa disini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya disaluran cerna dan diseluruh tubuh (Arifin, 2014).

### **3. Etiologi**

Appendiksitis akut merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen appendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor appendiks, dan cacing askaris dapt pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan appendisitis adalah erosi mukosa appendiks karena parasit seperti *E. Histolyca* (Jong , 2017).

#### 4. Patofisiologi

Pada stadium awal dari appendisitis, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan lapisan muskular dan serosa (peritoneal). Cairan eksudat fibrinopurulenta terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan, seperti usus atau dinding abdomen, menyebabkan peritonitis lokal (Burkitt, 2017).

#### 5. Klasifikasi

Klasifikasi appendisitis terbagi menjadi 2 yaitu : appendisitis akut dan appendisitis kronik (Sjamsuhidayat & de jong, 2010):

a. Appendisitis akut.

Appendisitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritonieum lokal.

b. Appendisitis kronik.

Diagnosis appendisitis kronik baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik appendiks secara makroskopik dan mikroskopik.

#### 6. Manifestasi Klinis

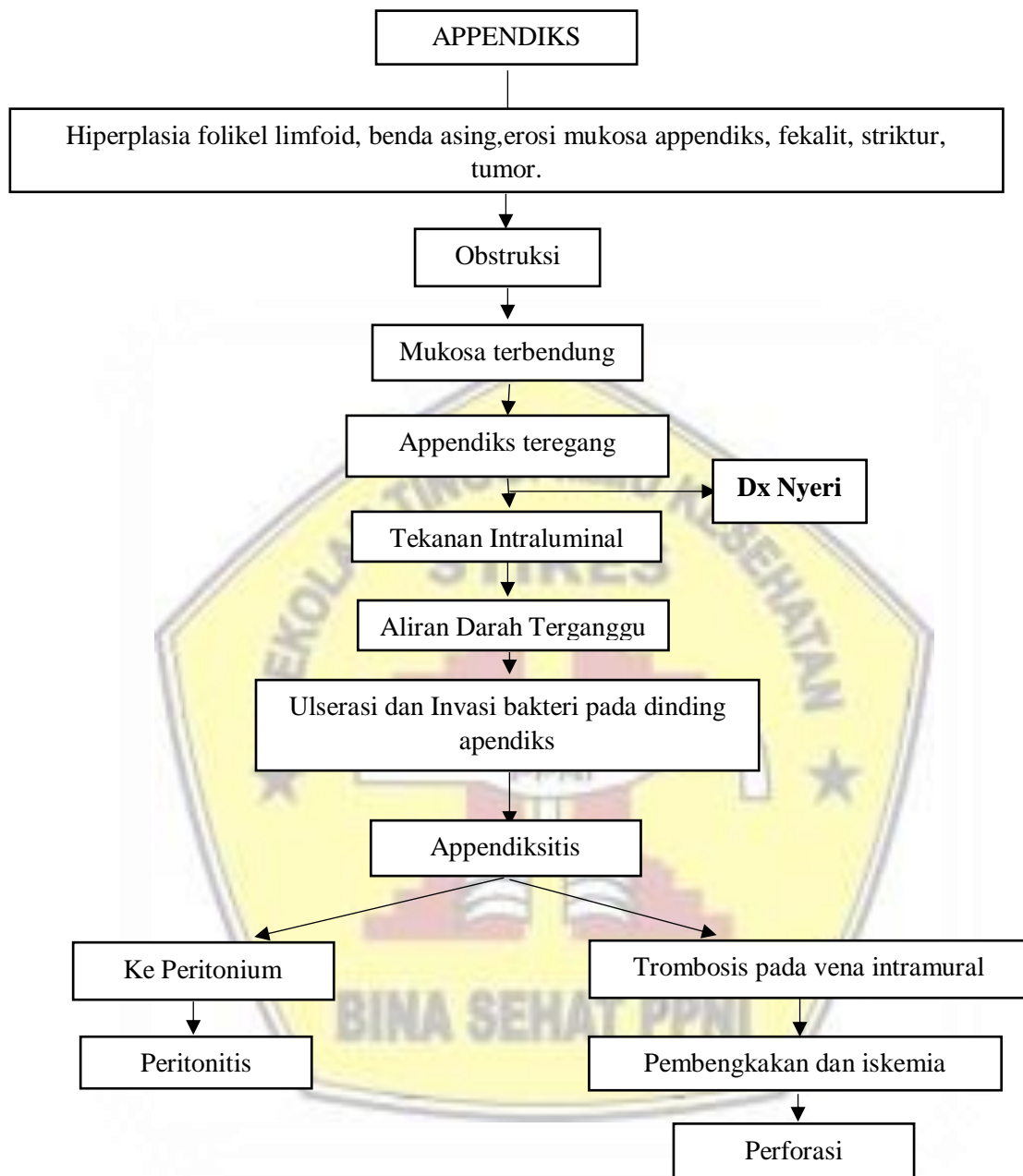
Menurut Jong, S. & de. (2017) Tanda dan gejala yang muncul atau dirasakan klien diantaranya adalah :

- a. Nyeri kuadran kanan bawah dan biasanya demam ringan
- b. Mual , muntah
- c. Anoreksia, malaise

- d. Nyeri lepas lokal pada titik Mc. Burney
- e. Spasme otot
- f. Konstipasi



## 7. Patway



### 2.1 Gambar Patway Appendisitis

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2018)

## 8. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Wijaya & Putri 2017) Penatalaksanaan medis pada appendisitis adalah :

### a. Sebelum operasi

#### 1. Observasi

Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri didaerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

#### 2. Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien appendiktomi. Antibiotik diberikan sebelum ,saat ,hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena IV (Sulikhah , 2018).

### b. Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah appendiktomi. Apendiktomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang appendix. Indikasi dilakukannya operasi appendiktomi yaitu bila diagnosa appendisitis telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan. (Wiwik Sofiah, 2017)



c. Pasca Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, syok, hipertermia atau gangguan pernafasan. Klien dibaringkan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal (Wiwik Sofiah, 2017).

## 9. Komplikasi

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan appendisitis.

Adapun jenis komplikasi menurut (Sulekale, 2016) adalah :

a. Abses

Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak dikuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi apabila appendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh momentum.

b. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5 C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama polymorphonuclear (PMN).

c. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritonium. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritonium dapat menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktifitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria.

## B. Konsep Nyeri

### 1. Definisi

Nyeri merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasakan perasaan yang tidak nyaman atau tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang telah rusak atau yang berpotensi untuk rusak (Primaya, 2022)

### 2. Etiologi Nyeri

Nyeri berhubungan dengan banyak penyakit. Banyak penyakit yang dapat menimbulkan rasa nyeri contohnya seperti cedera, diabetes, apendiksitis, kanker, Infeksi HIV, penyakit autoimun, herpes, kekurangan vitamin B6, B12, dsb. (Primaya, 2022).

### 3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut (SDKI, 2022). Yaitu dimana gejala mayor untuk objektif tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur, kemudian untuk gejala minor untuk objektifnya tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.



#### 4. Kondisi Klinis terkait

Kondisi klinis terkait nyeri menurut (SDKI,2022) yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma,dll.

### C. Konsep Nyeri Akut Pada Pasien Appendisititis

#### 1. Definisi

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

#### 2. Kriteria Mayor & Minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017). Adapun gejala mayor menurut SDKI yaitu gejala mayor dan minor :

##### Mayor :

1. Subyektif : mengeluh nyeri
2. Obyektif :
  - a. Tampak meringis
  - b. Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri)
  - c. Gelisah
  - d. Frekuensi nadi meningkat
  - e. Sulit tidur

**Minor :**

- 3 Subjektif : tidak ada
- 4 Obyektif :
  - a. Tekanan darah meningkat
  - b. Pola nafas berubah
  - c. Nafsu makan berubah
  - d. Proses berfikir terganggu
    - e. Menarik diri
    - f. Berfokus pada diri sendiri
    - g. Diaforesis

**3. Faktor Yang Berhubungan Untuk Nyeri Akut**

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakkan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (PPNI, 2017).

- a. Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus pre operatif appendicitis yaitu :
  - 1). Nyeri akut (D.0077).

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a). Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi , iskemia , neoplasma).
- b). Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar ,bahan kimia iritan).
- c). Agen pencedera fisik (mis. Abses ,amputasi ,terbakar , trauma).

Gejala dan kriteria :

a). mayor :

(1). Subjektif : Mengeluh nyeri.

(2). Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri)

b). Minor :

(1). Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

a. Data demografi

Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register (Bickley,2018)

b. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan menurut (Bickley,2018) yaitu :

1). Keluhan utama

Nyeri pada daerah abdomen kanan bawah.

2). Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi.

3). Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon.

4). Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

c. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Szilagyi, 2018). Pemeriksaan fisik terdapat beberapa pengkajian yang harus ada yaitu:

- 1). Keadaan umum : kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.
- 2). Sistem kardiovaskuler : ada distensi vena jugularis , pucat , edema ,TD > 110/70mmhg : hipertermi.
- 3). Sistem respirasi : frekuensi nafas normal (16-20x/menit), dada simetris , ada tidaknya sumbatan jalan nafas , tidak ada gerakan cuping hidung, tidak terpasang O<sub>2</sub> , tidak ada ronchi, whezing stridor.
- 4). Sistem hematologi : terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi dan pendarahan.
- 5). Sistem urogenital : tidak ada ketegangan kandung kemih
- 6). Sistem muskuloskeletal : tidak ada kesulitan dalam pergerakan.
- 7). Sistem Integumen : tidak terdapat odema , turgor kulit normal, tidak sianosis , tidak pucat.
- 8). Abdomen : terdapat nyeri lepas, terdapat nyeri kuadran kanan bawah.

d. Pola fungsi Gordon.

Keperawatan Menurut Gordon (1982, dalam Bickley, 2018) terdapat pola fungsi yaitu :

1). Pola persepsi

Adakah kebiasaan merokok , penggunaan obat-obatan, dan kebiasaan olahraga.

2). Pola nutrisi

Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.

3). Pola eliminasi

Pola eliminasi alvi akan mengalami gangguan yang sifatnya sementara karena pengaruh anastesi sehingga terjadi penurunan fungsi.

4). Pola aktifitas

Dengan keterbatasan aktivitas, klien segala aktivitas harus dibantu.

5). Pola sensorik dan kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, dan kemampuan berfikir.

6). Pola tidur dan istirahat

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

7). Pola Konsep diri

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu.

8). Pola hubungan

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat.

9). Pemeriksaan diagnostik

- a). Ultrasonografi adalah diagnostik untuk apendisitis akut.
- b). Foto polos abdomen : dapat memperlihatkan distensi sekum.
- c). Pemeriksaan darah rutin : untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
- d). Pemeriksaan laboratorium.

1). Darah : Ditemukan leukosit 10.000 – 18.0000 n/ml

2). Urine : Ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.



## 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).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Inflamasi appendisitis).

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2018).



**Tabel 2.1 Intervensi keperawatan Pre operatif**

| No | Diagnosa   | Tujuan dan kriteria hasil   | Intervensi   |
|----|--|---|--|
|    | 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 :<br>1.Keluhan nyeri menurun.<br>2. Meringis menurun<br>3.Sikap protektif menurun.<br>4. Gelisah menurun. | Manajemen nyeri (I.08238).<br>Observasi :<br>1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri<br>1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal.<br>1.3 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.<br>Terapeutik :<br>1.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.<br>1.5 Fasilitasi istirahat dan tidur.<br>1.6Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.<br>Edukasi :<br>1.7 Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>1.8 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>1.9 Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu |

#### **4. Pelaksanaan tindakan 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. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson.M.J, 2018).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Menurut (Setiadi, 2018) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.

##### **Evaluasi Formatif (Proses)**

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal

dengan istilah SOAP :

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

