

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN POST-OP  
LAPARATOMI+PERPORASI APENDISITIS+SEPSIS DI RUANG HIGH  
INTENSIVE UNIT RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA  
TAHUN 2015**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DI SUSUN OLEH**

**HERU HERDIANSYAH, S. Kep**

**1411308250062**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH**

**SAMARINDA**

**2015**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Post-Op Laparatomi+Perporasi  
Apendisitis+Sepsis di Ruang High Intensive Unit RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda  
Tahun 2015**

Heru herdiansyah<sup>1</sup>, Farid Rahman Hidayat<sup>2</sup>

**INTISARI**

Pengertian apendisitis yaitu peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendik). Infeksi ini mengakibatkan pernanahan. Bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bias pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum (cecum). Usus buntu besarnya sekitar kelingking tangan dan terletak di perut kuadran kanan bawah strukturnya seperti bagian usus lainnya. Namun lendirnya banyak mengandung kelenjar yang senantiasa mengeluarkan lender. Laparotomy dilakukan untuk memeriksa beberapa organ di abdomen sebelah bawah dan pelvis (rongga panggul) yang melingkupi Insisi Vertikal (midline, paramedian, supraumbilikal), insisi Transversal dan Oblik serta insisi Abdominothoracic. Operasi ini juga dilakukan sebelum melakukan operasi pembedahan mikro pada tuba fallopi.

Kata Kunci: Pengertian apendisitis, Pembedahan laparatomy

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

*Analysis of Nursing Clinical Practice in Patients Post-Op Laparotomy + Perporasi Appendicitis + Sepsis in the High Intensive Unit Hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2015*

Heru herdiansyah<sup>1</sup> Faried Rahman Hidayat<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

Definition of appendicitis is inflammation due to infection of the appendix or appendix (appendix). These infections result in pus. If the infection worsens, the bias ruptured appendix. The appendix is an intestinal tract clogged edges and protruding from the beginning of the colon or cecum (cecum). The appendix, about the size of the little hands and is located in the right lower quadrant abdominal structure like other parts of the intestine. However, many containing mucus glands that continuously secrete lenders. Laparotomy performed to check some of the organs in the lower abdomen and pelvis (pelvis) surrounding the incision Vertical (midline, paramedian, supraumbilikal), Transversal and oblique incision and incision Abdominothoracic. This operation is also performed before surgery micro surgery in the fallopian tubes.

Keywords: Definition of appendicitis, laparotomy surgery

1 Student Nursing Science STIKES Muhammadiyah Samarinda

2 Lecturer Nursing Science STIKES Muhammadiyah Samarinda

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Apendicitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis dan merupakan penyebab penyakit abdomen akut yang sering terjadi di negara berkembang, penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia antara 10 sampai 30 tahun. Salah satu kelainan atau penyakit yang terjadi dalam sistem pencernaan yang membutuhkan pembedahan secara khusus adalah Apendicitis (fitri,2010).

. Apendisitis akut merupakan peradangan apendiks vermiformis yang memerlukan pembedahan dan biasanya ditandai dengan nyeri tekan lokal di perut bagian kanan bawah (Anderson, 2002). Apendisitis sederhana dapat berkembang menjadi keadaan perforasi yang juga meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

Insiden terjadinya appendicitis akut di negara maju lebih tinggi dibandingkan dengan negara berkembang. Di Amerika Serikat appendicitis merupakan kedaruratan bedah abdomen paling sering dilakukan, dengan jumlah penderita pada tahun 2008 sebanyak 734.138 orang dan meningkat pada tahun 2009 menjadi 739.177 (Santacore & Craigh, 2012).

Pada penelitian multietnik yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 2007, dihasilkan data 4 dari 10000 anak usia dibawah 14 tahun menderita

appendicitis dan lebih dari 80.000 kasus appendicitis terjadi di Amerika Serikat dalam setahun. WHO memperkirakan insidens appendicitis di dunia tahun 2007 mencapai 7% dari keseluruhan jumlah penduduk dunia (Juliansyah, 2008). Di Amerika, kejadian appendicitis dikatakan 7% dari seluruh populasi dengan insiden 1,1 kasus per 1000 penduduk pertahun. Dari segi usia, usia 20-30 tahun adalah usia yang paling sering mengalami appendicitis. Laki-laki 1,4 kali lebih sering daripada wanita. Angka kematian secara keseluruhan adalah 0,2 – 0,8 % dan lebih sering oleh karena komplikasi yang terjadi daripada akibat tindakan bedah yang dilakukan. Insiden perforasi lebih tinggi pada pasien usia <18 tahun dan > 50 tahun, hal ini kemungkinan terjadi terkait keterlambatan diagnosis yang kemudian meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas.

Sementara untuk Indonesia sendiri appendicitis merupakan penyakit dengan urutan keempat terbanyak pada tahun 2006. Data yang dirilis oleh Departemen Kesehatan RI pada tahun 2008 jumlah penderita appendicitis di Indonesia mencapai 591.819 orang dan meningkat pada tahun 2009 sebesar 596.132 orang. Kelompok usia yang umumnya mengalami appendicitis yaitu pada usia antara 10-30 tahun. Dimana insiden laki-laki lebih tinggi daripada perempuan. (Eylin, 2009).

Diagnosis pada appendicitis akut dapat merupakan hal yang sulit dan menjadi tantangan pada bagian kedaruratan karena hanya didasarkan pada riwayat pasien dan pemeriksaan fisik meskipun sudah ada kemajuan teknologi. Akan tetapi,

dengan memperhatikan riwayat pasien dan melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh, keterlambatan diagnosis dapat diminimalisir (Saber, *et al.*, 2011).

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan penanganan apendisitis akut dapat mengakibatkan timbulnya komplikasi. Faktor-faktor tersebut dapat berasal dari pasien maupun dari tenaga medis. Faktor yang berasal dari pasien meliputi pengetahuan & mahal nya biaya yang harus dikeluarkan. Sedangkan faktor keterlambatan penanganan yang berasal dari tenaga medis adalah kesalahan diagnosis, keterlambatan merujuk ke rumah sakit, dan penundaan tindakan bedah (Rahmawati, 2009). Keterlambatan penanganan pada apendisitis dapat menyebabkan akibat yang serius seperti perforasi pada 90% pasien, komplikasi pasca operasi pada 60% pasien, dan lama tinggal di rumah sakit hingga sembilan hari (Titte, 1995). Keterlambatan diagnosis apendisitis lebih sering terjadi pada pasien yang datang dengan keluhan sedikit nyeri pada kuadran kanan bawah, kurangnya pemeriksaan fisik secara menyeluruh dan pasien yang menerima analgesia narkotik. Keterlambatan penanganan pada apendisitis, dapat menyebabkan perforasi dan hasil yang kurang baik (Saber, *et al.*, 2011).

*Apendisitis akut* merupakan merupakan infeksi bakteri. Berbagai berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen *apendiks* merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping *hiperplasia* jaringan *limfe*, *fekalit*, tumor *apendiks* dan cacing *askaris* dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab

lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis adalah erosi mukosa *apendiks* karena *parasit* seperti *E.histolytica*. (Sjamsuhidayat, 2005).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Prof.DR. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo, diperoleh data dari *Subag Medical Record* bahwa jumlah pasien yang melakukan tindakan operasi pada tahun 2011 dari sekitar 1606 pasien bedah umum, sebanyak 576 pasien diantaranya yang melakukan operasi appendicitis atau sekitar 35,87% pada tahun 2011.

Pada tahun 2012, dari 1431 pasien bedah umum, sebanyak 455 diantaranya yang melakukan operasi appendicitis atau sekitar 31,79%. Sedangkan pada tahun 2013 untuk periode januari sampai maret, dari 318 pasien bedah umum, sebanyak 83 orang yang melakukan operasi appendicitis dengan lama hari rawat rata-rata 3-5 hari. (*Medical Record*. RSAS, 2013).

Salah satu penatalaksanaan pasien dengan appendicitis akut adalah pembedahan laparatomi. Laparotomy dilakukan untuk memeriksa beberapa organ di abdomen sebelah bawah dan pelvis (rongga panggul) yang melingkupi Insisi Vertikal (midline, paramedian, supraumbilikal), insisi Transversal dan Oblik serta insisi Abdominothoracic. Operasi ini juga dilakukan sebelum melakukan operasi pembedahan mikro pada tuba fallopi.

## **B. Perumusan Masalah**

Beberapa kondisi pasien yang memerlukan pelayanan intensif adalah pasien pasca pembedahan( operasi). Salah satu bentuk tindakan pembedahan yang sering masuk diruang intensif yaitu pembedahan laparatomi. diantaranya adalah post op laparatomi explorasi perporasi apendisistis yang memerlukan penanganan keperawatan yang sangat intensif dan baik. Salah satu intervensi yang dilakukan oleh perawat adalah terapi mobilisasi miring kanan- miring kiri.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien pasca operasi laparatomi .

### **2. Tujuan Khusus**

- a) Menganalisa kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa pasca operasi laparatomi explorasi+perporasi apendiks+sepsis
- b) Mengetahui masalah keperawatan utama pada klien diagnosa pasca operasi laparatomi explorasi+perporasi apendiks+sepsis
- c) Menganalisis hasil intervensi ambulasi miring kanan-miring kiri terhadap peningkatan peristaltic usus.



#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi Pendidikan

Menjadi bahan tambahan referensi mengenai pengaruh pemberian terapi ambulasi miring kanan-miring kiri terhadap pasien pasca operasi laparotomi sehingga menambah pengetahuan dan meningkatkan kualitas pendidikan di Institusi.

##### 2. Bagi Profesi

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan post laparotomi, khususnya dalam menerapkan tindakan miring kanan-miring kiri terhadap peningkatan peristaltic usus.

##### 3. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisa pengaruh pemberian intervensi inovasi miring kanan-miring kiri terhadap peningkatan peristaltic dan menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

1. Mulut merupakan jalan masuk menuju sistem pencernaan dan berisi organaksesori yang berfungsi dalam proses awal pencernaan.

Secara umum mulut terdiri atas dua bagian yaitu :

- a. Bagian luar yang sempit (*vestibula*) yaitu ruang diantara gusi, gigi, dan gusi
- b. Bagian rongga mulut (bagian dalam), yaitu rongga mulut yang dibatasi oleh tulang *maksilaris*, *palatum* dan *mandibularis* elaput lendir mulut ditutupi epitelium yang berlapis – lapis, dibawahnya terletak kelenjar – kelenjar halus yang mengeluarkan lender, selaput ini kaya akan pembulu darah dan juga memuat banyak ujung akhir syaraf sensoris. Di sebelah luar mulut ditutupi oleh kulit dan disebelah dalam ditutupi oleh selaput lender (mukosa) di mulut ada beberapa bagian yang perlu diketahui :

- 1) Palatum

Palatum terdiri dari dua bagian:

- a) Palatum darum yang tersusun atas tajuk-tajuk palatum dari sebelah depan tulang maksilaris dan lebih kebelakang terdiri dari dari dua bagian palatum

- b) Palatum mole, terletak di belakang yang merupakan lipatan menggantung yang dapat bergerak, terdiri atas aringn fibrosa dan selaput lender

## 2) Rongga mulut

### a) Gigi

Manusia mempunyai dua susunan gigi primer dan sekunder. Juga gigi ada dua macam, yaitu :

Gigi sulung, mulai tumbuh pada anak – anak umur 6 – 7 bulan Gigi tetap tumbuh pada umur 6 – 18 tahun umlahnya 32 buah.

### b) Lidah

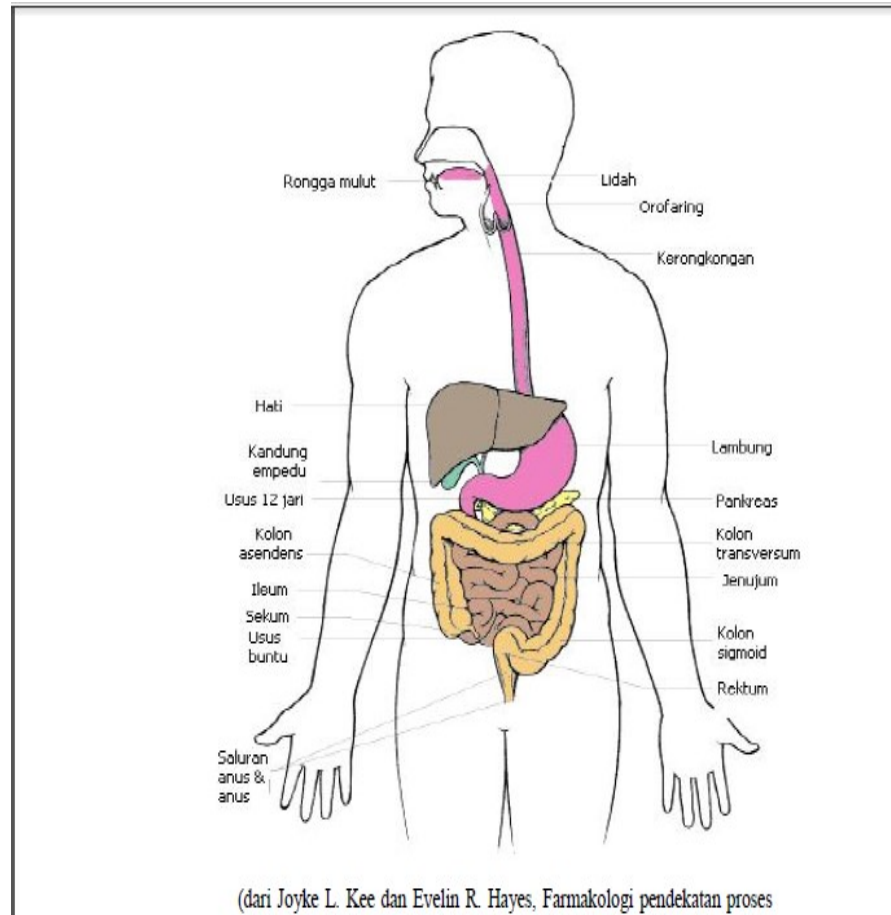
Berfungsi untuk menggerakkan makanan saat dikunyah atau ditelan. Dibagian belakang pangkal lidah terdapat epiglottis yang berfungsi untuk menutup jalan nafas.

## 3) Kelenjar ludah terdapat tiga buah kelenjar ludah bagiannya yaitu:

- a) Kelenjar parotis, letaknya dibawah depan dari telinga diantarprosesus mastoid kiri dan kanan os mandibularis, duktusnya stensoni.

- b) Kelenjar submaksilaris, terletak dibawah rongga mulut bagian belakang, duktusnya bernama duktus wartoni, bermuara di rongga mulut dekat dengn frenulun lingua. ukuran kurang lebih sebesar kacang kenari.

- c) Kelenjar sub lingualis, letaknya terdapat dibawah selaput lender dasar rongga mulut bermuara didasar rongga mulut.



Gambar 2.1 anatomi pencernaan

## 2. Faring

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan. Didalam lengkung faring terdapat tonsil (amande) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang bnyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi. Disini terdapat persimpangan

antara jalan nafas dan jalan makanan, yang terletak di belakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang.

### 3. Esofagus

Merupakan saluran yang menghubungkan tekak dengan lambung, panjangnya sekitar 9 sampai dengan 25 cm dengan diameter sekitar 2.54 cm, mulai dari faring sampai pintu masuk kardiak dibawah lambung.

### 4. Lambung

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak, terutama didaerah epigaster lambung, terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik terletak dibawah diafragma didepan pankreas dan limpa menempel disebelah kiri fundus uteri.

Bagian lambung terdiri dari:

#### a. Fundus ventrikuli

Bagian yang menonjol keatas terletak sebelah kiri ostium kardiak dan biasanya penuh berisi gas

#### b. Korpus ventrikuli

Korpus ventrikuli setinggi ostium kardiak suatu lekukan pada bagian bawah kardiak minor.

#### c. Antrum vilorus

Antrum vilorus bagian lambung berbentuk tabung mempunyai otot yang tebal membentuk spinter pylorus

d. Kurvatura minor

Kurvatura minor terdapat disebelah kanan lambung, terbentang dari osteom kardiak sampai ke pilorus.

e. Kurvatura mayor

Kurvatura mayor lebih panjang dari kurvatura minor terbentang dari sisi kiri osteom kardiakum melalui fundus ventrikuli menuju kekanan sampai ke pilorus inferior. Ligamentum gastro lenalis terbentang dari bagian atas kurvatura mayor sampai ke limfa.

f. Osteom kardiakum

Osteom kardiakum merupakan tempat dimana abdomen masuk ke lambung pada bagian ini terdapat orifisium pilorik .

5. usus halus (intestinum minor)

Adalah saluran pencernaan diantara lambung dan usus besar, yang merupakan tuba terlilit yang merentang dari sfingter pylorus sampai kiatup ileosekal empatnya menyatu dengan usus besar.

Susunan usus halus :

a. Duodenum

Disebut juga usus 12 jari panjangnya kurang lebih 25 cm, berbentuk seperti sepatu kuda melengkung kekiri pada lengkungan ini terdapat pankreas.

b. Yeyenum

Adalah bagian kelanjutan dari duodenum yang panjangnya lebih 1-1,5m.

c. Ileum

Ileum merentang sampai menyatu dengan usus besar dengan panjang 2 – 2,5 m. Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan peritoneum yang berbentuk kipas dikenal sebagai mesentrium

6. Hati

Organ yang paling besar dalam tubuh kita, warnanya coklat dan beratnya 1500 kg. Letaknya dibagian atas rongga abdomen disebelah 13 kanan bawah diafragma. Hepar tertetak diquadran kanan atas abdomen, dibawah diafragma dan terlindungi oleh tulang rusuk (*costae*), sehingga dalam keadaan normal (hepar yang sehat tidak teraba). Hati menerima darah teroksigenasi dari arteri hepatica dan darah yang tidak teroksigenasi tetapi kaya akan nutrien vena porta hepatica.

7. Empedu

Sebuah kantong berbentuk terang dan merupakan membrane berotot, letaknya dalam sebuah lobus disebelah permukaan bawah hati sampai pinggir depannya, panjangnya 8 – 12 cm berisi 60 cm.

Empedu yang diproduksi oleh sel – sel hati memasuki kanalikuli empedu yang kemudian menjadi duktus hepatica kanan dan kiri.

Duktushepatica menyatu untuk membentuk duktus hepatic komunis yang kemudian menyatu dengan duktus sistikus dari kandung empedu dan keluar dari hati sebagai duktus empedu komunis. Duktus empedu komunis bersama dengan duktus pancreas berruara diduodenum atau dialihkan untuk penyimpanan dikandung empedu.

#### 8. Pankreas

Pankreas adalah kelenjar terelongasi berukuran besar dibalik kurvatura besar lambung. Kelenjar pancreas sekumpulan kelenjar yang strukturnya sanga mirip dengan kelenjar ludah panjangya kira – kira 15 cm, lebar 5 cm mulai dari duodenum 14 sampai kelimpa dan beratnya rata – rata 60 – 90 gr. Terbentang pada vertebral lumbalis II dan II dibelakang lambung.

#### 9. Usus besar

Dalam ke luar adalah selaput lender, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan jaringan ikat . Ukurannya lebi besar daripada usus halus, disini terdapat taenia coli dan apendiks epiploika, mukosanya lebih halus daripada usus halus dan tidak memiliki villi,tidal memiliki lipatan – lipatan sirkuler. Serabut otot longitudinal dalam muskulus eksterna membentuk tiga pita, taenia coli yang menarik kolon menjafdi kantong – kantong besar yang di sebut haustra. Dibagian bawah terdapat katup ileosekal yaitu katup antara usus halus dan usus besar. Katup ini tertutup dan akan terbuka untuk merespon gelombang peristaltic, sehingga



memungkinkan kimus mengalir 15 ml sekali masuk dan untuk total aliran sebanyak 500 ml/hari.

Usus besar terdiri dari :

- a. *Kolon ascendens* (kanan)
- b. *Kolon transversum*
- c. *Kolon descendens* (kiri)
- d. *Kolon sigmoid* (berhubungan dengan *rektum*).

#### 10. Rectum

Rectum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Biasanya rectum ini kosong karena tinja disimpan ditempat yang lebih tinggi yaitu pada kolon desenden. Jika kolon desenden penuh dan tinja masuk kedalam rectum, maka akan timbul keinginan buang air besar, orang dewasa dan anak yang lebih tua bisa menahan ini, tetapi pada bayi dan anak mudah mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda buang air besar. Anus merupakan lubang diujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus.

## B. Konsep Appendisitis

### 1. Definisi

*Appendisitis* adalah peradangan pada *apendiks vermiformis* dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun (Mansjoer, 2000). Sedangkan menurut Smeltzer C. Suzanne (2002), *Appendisitis* adalah inflamasi apendiks yaitu suatu bagian seperti kantung yang non fungsional dan terletak dibagian inferior sekum. *Appendisitis* adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat.

Adapun pengertian *appendisitis* yaitu peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (*apendik*). Infeksi ini mengakibatkan pernanahan. Bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bias pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum (*cecum*). Usus buntu besarnya sekitar kelingking tangan dan terletak di perut kuadran kanan bawah strukturnya seperti bagian usus lainnya. Namun lendirnya banyak mengandung kelenjar yang senantiasa mengeluarkan lender(<http://www.google.com>)

## 2. Klasifikasi apendisitis

Klasifikasi *apendisitis* terbagi menjadi dua yaitu, *apendisitis akut* dan *apendisitis kronik* (Sjamsuhidayat, 2005).

### a. *Apendisitis* akut

*Apendisitis akut* sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang *peritoneum* lokal. Gejala *apendisitis akut* ialah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah *epigastrium* disekitar *umbilikus*. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik *mcBurney*. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat

### b. *Apendisitis* kronis

Diagnosis *apendisitis kronis* baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik *apendiks* secara *makroskopik* dan *mikroskopik*. Kriteria *mikroskopik apendisitis kronik* adalah fibrosis menyeluruh dinding *apendiks*, sumbatan parsial atau total *lumen apendiks*, adanya jaringan parut dan *ulkus lama dimukosa* , dan adanya sel *inflamasi kronik*. Insiden *apendisitis kronik* antara 1-5%.

### 3. Anatomi dan fisiologi

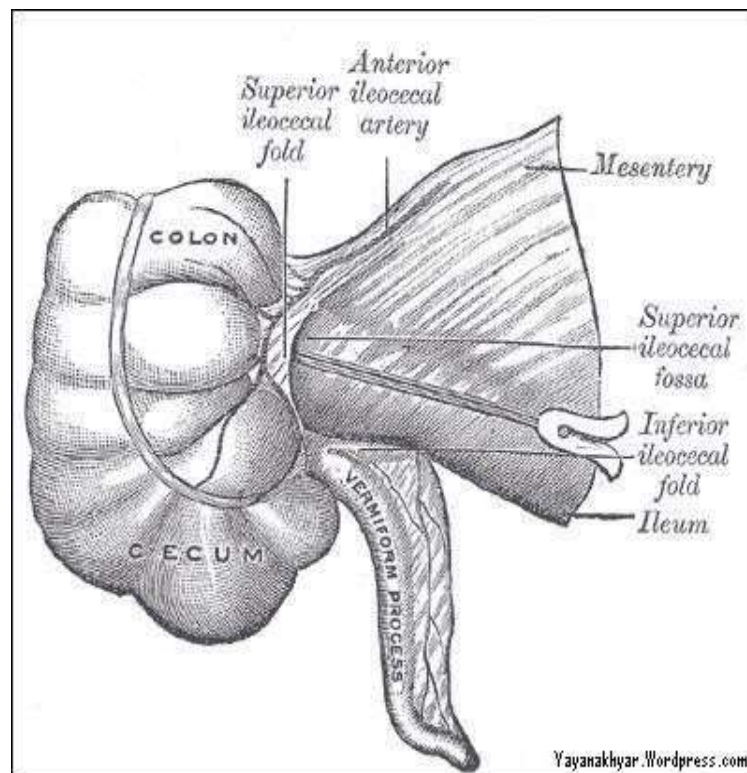
#### a. Anatomi

*Apendiks* merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10cm (4 inci), lebar 0,3 - 0,7 cm dan isi 0,1 cc melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal. Pada pertemuan ketiga taenia yaitu : *taenia anterior, medial dan posterior*. Secara klinis, *apendiks* terletak pada daerah *Mc.Burney* yaitu daerah 1/3 tengah garis yang menghubungkan *spina iliaca anterior superior* kanan dengan pusat. Lumennya sempit dibagian *proksimal* dan melebar dibagian *distal*. Namun demikian, pada bayi, *apendiks* berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit kearah ujungnya. Persarafan parasimpatis pada *apendiks* berasal dari cabang *nervus vagus* yang mengikuti arteri *mesentrika superior* dan arteri *apendikularis*, sedangkan persarafan simpatis berasal dari *nervus torakalis X*. Oleh karena itu, nyeri viseral pada *apendisitis* bermula disekitar *umbilicus*.

#### b. Fisiologi apendiks

*Apendiks* menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir itu normalnya dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Lendir dalam apendiks bersifat basa mengandung amilase dan musin. Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (*Gut Associated Lymphoid Tissue*) yang terdapat disepanjang

saluran cerna termasuk *apendiks* ialah IgA. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai perlindungan terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfa disini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya disaluran cerna dan diseluruh tubuh. *Apendiks* berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur kedalam *sekum*. Karena pengosongannya tidak efektif dan lumennya cenderung kecil, maka apendiks cenderung menjadi tersumbat dan terutama rentan terhadap infeksi ( Sjamsuhidayat, 2005).



Gambar 2.2 anatomi letak apendiks

#### 4. Etiologi

*Apendisitis akut* merupakan merupakan infeksi bakteri. Berbagai berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen *apendiks* merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping *hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks* dan cacing *askaris* dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan *apendisitis* adalah erosi mukosa *apendiks* karena *parasit* seperti *E.histolytica*. Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya *apendisitis*. *Konstipasi* akan menaikkan tekanan *intrasekal* yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional *apendiks* dan meningkatnya pertumbuhan kuman *flora kolon* biasa. Semuanya ini mempermudah timbulnya *apendisitis akut*. (Sjamsuhidayat, 2005).

#### 5. Patofisiologi

*Apendisitis* biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen *apendiks* oleh *hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur* karena *fibrosis* akibat peradangan sebelumnya, atau *neoplasma*. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mucus tersebut semakin 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 lokal 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 *peritoneum* setempat sehingga menimbulkan nyeri didaerah kanan bawah. Keadaan ini disebut *apendisitis supuratif* akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding *apendiks* yang diikuti dengan *gangren*. Stadium ini disebut dengan *apendisitis gangrenosa*. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi *apendisitis perforasi*. Bila semua proses diatas berjalan lambat, *omentum* dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah *apendiks* hingga timbul suatu massa lokal yang disebut *infiltrate apendikularis*. Peradangan pada *apendiks* tersebut dapat menjadi *abses* atau menghilang. Pada anak-anak, kerana *omentum* lebih pendek dan *apendiks* lebih panjang, maka dinding *apendiks* lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang sehingga memudahkan terjadinya *perforasi*. Sedangkan pada orang tua, *perforasi* mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Mansjoer, 2000).

#### 6. Manifestasi klinis

*Apendisitis akut* sering tampil dengan gejala yang khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat.

nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Pada *apendiks* yang terinflamasi, nyeri tekan dapat dirasakan pada kuadran kanan bawah pada titik *Mc.Burney* yang berada antara *umbilikus* dan *spinalis iliaca superior anterior*. Derajat nyeri tekan, *spasme* otot dan apakah terdapat *konstipasi* atau *diare* tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi *apendiks*. Bila *apendiks* melingkar dibelakang *sekum*, nyeri dan nyeri tekan terasa didaerah lumbal. Bila ujungnya ada pada *pelvis*, tanda-tanda ini dapat diketahui hanya pada pemeriksaan *rektal*. nyeri pada *defekasi* menunjukkan ujung *apendiks* berada dekat *rektum*. nyeri pada saat berkemih menunjukkan bahwa ujung *apendiks* dekat dengan kandung kemih atau *ureter*. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektus kanan dapat terjadi. Tanda *rovsing* dapat timbul dengan melakukan palpasi *kuadran* bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa dikuadran kanan bawah. Apabila *apendiks* telah *ruptur*, nyeri menjadi menyebar. *Distensi* abdomen terjadi akibat *ileus paralitik* dan kondisi pasien memburuk.

Pada pasien lansia, tanda dan gejala *apendisitis* dapat sangat bervariasi. Tanda-tanda tersebut dapat sangat meragukan, menunjukkan *obstruksi* usus atau proses penyakit lainnya. Pasien mungkin tidak mengalami gejala sampai ia mengalami *ruptur apendiks*. Insidens perforasi pada *apendiks* lebih tinggi pada lansia karena banyak dari



pasien-pasien ini mencari bantuan perawatan kesehatan tidak secepat pasien-pasien yang lebih muda (Smeltzer C. Suzanne, 2002).

#### 7. Penatalaksanaan

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa *apendisitis* telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan serta pasien diminta untuk membatasi aktivitas fisik sampai pembedahan dilakukan (akhyar, 2008). Analgetik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. *Apendiktomi* (pembedahan untuk mengangkat *apendiks*) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. *Apendiktomi* dapat dilakukan dibawah anestesi umum umum atau *spinal*, secara terbuka ataupun dengan cara *laparoscopi* yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Bila *apendiktomi* terbuka, insisi *Mc.Burney* banyak dipilih oleh para ahli bedah.

#### 8. Komplikasi

Komplikasi utama *apendisitis* adalah *perforasi apendiks* yang dapat berkembang menjadi *peritonitis* atau *abses*. Insidens *perforasi* adalah 10% sampai 32%. Insidens lebih tinggi pada anak kecil dan lansia. *Perforasi* secara umum terjadi 24 jam setelah awitan nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu 37,70C atau lebih tinggi, penampilan *toksik*, dan nyeri atau nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Smeltzer C.Suzanne, 2002).

Perforasi didefinisikan sebagai sebuah lubang pada apendiks. Dari pengertian tersebut, dapat diidentifikasi sebagai adanya pembentukan abses paska operasi. Pernah dilakukan penelitian mengenai peningkatan kejadian abses pada apendisitis perforasi dan pada apendisitis tanpa perforasi. Dari penelitian didapatkan bahwa tidak ada peningkatan pembentukan abses pada pasien apendisitis tanpa perforasi. Sedangkan pada pasien perforasi, terjadi peningkatan dari 14% menjadi 18%. Namun setelah antibiotik diterapkan, angka kejadian menurun dari 1,7% menjadi 0,8% (Peter, *et al.*, 2010).

### C. Sepsis

#### 1. Definisi

Sepsis adalah adanya mikroorganisme patogen atau toksinnya di dalam darah atau jaringan lain atau dapat dikatakan suatu keadaan yang berhubungan dengan keadaan tersebut. Septikemia adalah penyakit sistemik yang berhubungan dengan adanya dan bertahannya mikroorganisme patogen atau toksinnya di dalam darah. Bakteremia adalah adanya bakteri di dalam darah. Viremia adalah adanya virus di dalam darah.

#### 2. Tanda gejala

Pada keadaan Sepsis, terdapat tekanan darah yang menurun, yang menyebabkan terjadinya *Shock*. Organ-organ tubuh termasuk jantung, ginjal, hati, paru-paru dan susunan syaraf pusat berhenti bekerja dengan

baik karena terdapat aliran darah yang menurun. Secara umum, penderita akan menunjukkan gejala menggigil, penurunan kesadaran sehingga tidak dapat diajak bicara, demam atau penurunan suhu tubuh, sakit kepala akibat tekanan darah yang menurun, denyut jantung meninggi, bercak-bercak di kulit dan perdarahan juga dapat terjadi gejala pada usia lanjut sama dengan gejala pada usia dewasa (menggigil, kelemahan, pernafasan yang cepat dan kulit tampak lebih gelap). Gejala pada penderita usia anak-anak dapat sama dengan usia dewasa, namun lebih menonjol pada gejala demam dan produksi air seni yang menurun, penurunan kesadaran. Gejala lain pada penderita bayi yang baru lahir adalah demam, berbau cairan *amoniak*, tanda-tanda vital yang abnormal, kejang dan muntah yang bersifat *projektil* (terlempar jauh). Untuk menentukan jenis bakteri yang terdapat dalam darah, perlu dilakukan biakan darah dan tes resistensi terhadap jenis antibiotika.

#### D. Konsep Laparotomy

##### 1. Definisi

Laparotomy adalah operasi yang dilakukan untuk membuka abdomen (bagian perut). Kata "laparotomy" pertama kali digunakan untuk merujuk operasi semacam ini pada tahun 1878 oleh seorang ahli bedah Inggris, Thomas Bryant. Kata tersebut terbentuk dari dua kata Yunani, "lapara" dan "tome". Kata "lapara" berarti bagian lunak dari tubuh yg terletak di antara tulang rusuk dan pinggul. Sedangkan "tome" berarti pemotongan.

Laparotomy dilakukan untuk memeriksa beberapa organ di abdomen sebelah bawah dan pelvis (rongga panggul) yang melingkupi Insisi Vertikal (midline, paramedian, supraumbilikal), insisi Transversal dan Oblik serta insisi Abdominothoracic. Operasi ini juga dilakukan sebelum melakukan operasi pembedahan mikro pada tuba fallopi.

## 2. Indikasi

Dalam bidang kebidanan dan kandungan cukup banyak kasus yang dapat ditangani, antara lain mioma (tumor jinak rahim), kista indung telur, hamil di luar kandungan, endometriosis (nyeri haid), infertilitas (sulit hamil), KB steril, perlengketan dalam perut, dan polikistik ovarium. Selain itu kasus –kasus yang dapat ditangani dengan laparotomi yakni: trauma abdomen (tumpul atau tajam), peritonitis, perdarahan saluran pencernaan, sumbatan pada usus halus dan usus besar, masa pada abdomen. Semua kelainan intraabdomen yang memerlukan operasi baik darurat maupun elektif, seperti Hernia diafragmatika, aneurisma aorta torakalis dan aorta abdominalis, kelainan oesofagus, kelainan liver.

## 3. Komplikasi

### a. Stitch abscess

Biasanya muncul pada hari ke 10 postoperasi atau bisa juga sebelumnya, sebelum jahitan insisi tersebut diangkat.. Abses ini dapat superficial ataupun lebih dalam. Jika dalam ia dapat berupa massa yang teraba dibawah luka, dan terasa nyeri jika di raba.

Abses ini biasanya akan diabsorpsi dan hilang dengan sendirinya, walaupun untuk yang superficial dapat kita lakukan insisi pada abses tersebut. Antibiotik jarang diperlukan untuk kasus ini.

b. infeksi luka operasi

Biasanya jahitan akan terkubur didalam kulit sebagai hasil dari edema dan proses inflamasi sekitarnya. Penyebabnya dapat berupa *Staphylococcus Aureus*, *E. Colli*, *Streptococcus Faecalis*, *Bacteroides*, dsb. Penderitanya biasanya akan mengalami demam, sakit kepala, anorexia dan malaise. Keadaan ini dapat diatasi dengan membuka beberapa jahitan untuk mengurangi tegangan dan penggunaan antibiotika yang sesuai. Dan jika keadaannya sudah parah dan berupa suppurasi yang extensiv hingga kedalam lapisan abdomen, maka tindakan drainase dapat dilakukan.

c. Gas Gangrene

Biasanya berupa rasa nyeri yang sangat pada luka operasi, biasanya 12-72 jam setelah operasi, peningkatan temperature ( $39^{\circ}$  - $41^{\circ}$  C), Takhikardia (120-140/m), shock yang berat. Keadaan ini ddapat diatasi dengan melakukan debridement luka di ruang operasi, dan pemberian antibiotika, sebagai pilihan utamanya adalah, penicillin 1 juta unit IM dilanjutkan dengan 500.000 unit tiap 8 jam.

d. Hematoma

Kejadian ini kira-kira 2% dari komplikasi operasi. Keadaan ini biasanya hilang dengan sendirinya, ataupun jika hematom itu cukup besar maka dapat dilakukan aspirasi.

e. Keloid Scars

Penyebab dari keadaan ini hingga kini tidak diketahui, hanya memang sebagian orang mempunyai kecenderungan untuk mengalami hal ini lebih dari orang lain. Jika keloid scar yang terjadi tidak terlalu besar maka injeksi triamcinolone kedalam keloid dapat berguna, hal ini dapat diulangi 6 minggu kemudian jika belum menunjukkan hasil yang diharapkan. Jika keloid scar nya tumbuh besar, maka operasi excisi yang dilanjutkan dengan skin-graft dapat dilakukan.

f. Abdominal wound Disruption and Evisceration

Disrupsi ini dapat partial ataupun total. Insidensinya sendiri bervariasi antara 0-3 %. Dan biasanya lebih umum terjadi pada pasien >60 tahun dibanding yang lebih muda. Laki-laki dibanding wanita 4 : 1.

### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

A. Pengkajian Kasus.....	28
B. Masalah Keperawatan.....	35
C. Intervensi Keperawatan.....	36
D. Intervensi Inovasi .....	41
E. Implementasi Inovasi dan Evaluasi.....	42
F. Implementasi Keperawatan.....	43

### **BAB IV ANALISA SITUASI**

A. Profil Lahan Praktik.....	57
B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait.....	58
C. Analisis Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.....	62
D. Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan.....	65

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil intervensi dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Apendiks akut: diakibatkan infeksi bakteri. Berbagai berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen *apendiks* merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping *hiperplasia* jaringan *limfe*, *fekalit*, tumor *apendiks* dan cacing *askaris* dapat pula menyebabkan sumbatan..
2. Masalah keperawatan pada pasien paska operasi laparatomi salah satunya yaitu hambatan mobilitas fisik b/d faktor mekanik (post operasi pembedahan laparatomi)
3. Intervensi yang diberikan pada klien mobilisasi miring kanan-miring kiri untuk meningkatkan peristaltic usu.

#### B. Saran

1. Institusi akademis

Institusi akademis sebaiknya lebih banyak mengadakan diskusi mengenai penerapan mobilisasi miring kanan-miring kiri terhadap peningkatan peristaltic usus., sehingga mahasiswa mampu lebih teliti dan tidak mengabaikan tindakan tersebut dan cara berpikir kritis dalam



menerapkan intervensi mandiri keperawatan sesuai dengan jurnal penelitian terbaru.

## 2. Perawat

Perawat lebih banyak memberikan pelayanan secara maksimal sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup klien dapat kembali kekeadaan yang diinginkan dan supaya peristaltic normal guna pemberian tindakan kolaborasi dalam pemberian diet klien, dan memberikan pendidikan kesehatan serta motivasi sehingga dapat berdampak positif terhadap kesehatan pasien dan keluarga tentang laparatomi.

## 3. Mahasiswa

Mahasiswa seharusnya lebih banyak menerapkan tindakan mobilisasi miring kanan-miring kiri pada pasien yang baru dilakukan post operasi laparatomi. Mahasiswa selain terhadap pasien yang dikelolanya kepada pasien lain dapat diterapkan, sehingga mahasiswa lebih mahir dalam pelaksanaannya dan juga mahasiswa harus lebih banyak belajar dan mencari referensi lebih banyak baik dari buku maupun jurnal penelitian terbaru mengenai teknik mobilisasi.

## DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati, T. J. (2011). Pengaruh Mobilisasi Dini Dengan Pemulihan Peristaltik Usus Pada Klien Pasca Operasi Laparatomi Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Akhyar, Y. (2008). Apendisitis. Diakses pada tanggal 20 Agustus 2015. <http://www.Yayanakhyar.Wordpress.com/2008/09/29/apendisitis>.

Anderson, REB. (2004). Meta-analysis of The Clinical and Laboratory Diagnosis of Appendicitis. *British Journal of Surg*,91, pp. 28-37

Dochterman, J.M., & Bulechek, G.N. (2004). *Nursing Intervention Classification (NIC) Fourth Edition*. USA : Mosby

Douglas, CD., Macpherson, NE., Davidson, PM., and Gani, JS. (2000). *Randomised Controlled Trial of Ultrasonography In Diagnosis Of Acute Appendicitis, Incorporating The Alvarado Score*. *BMJ* 2000;321:921-22.

Eylin. (2009). Karakteristik Pasien Dan Diagnosis Histologi Pada Kasus Apendisitis Berdasarkan Data Registasi Di Departemen Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo Pada Tahun 2003-2007. Jakarta: FKUI

Heardman, T. H. (2009). *Nanda International Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2009-2011*. USA: Wiley-Blackwell.

Isrofi, J. (2011). Perbedaan efektifitas mobilisasi dini 2 jam pasca dan mobilisasi 6 jam pasca operasi terhadap pemulihan peristaltik usus pasien pasca operasi apendectomy dengan anastesi subarahnoid blok di RSI Jemursari Surabaya, Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas: Airlangga

Mansjoer, A. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius

Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M.L., and Swanson, E. (2004). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. USA : Mosby

Oldmeadow, B.L. et al. (2006). No Rest for the Wounded: Early Ambulation After Hip Surgery Accelerates Recovery. Diakses pada tanggal 15 Agustus 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813627>

Roper. (2002). Mobilisasi pasca Seksio Caesaria. Diakses pada tanggal 15 Agustus 2015. <http://www.postsc.com>

Peter SD, Aguayo P, Fraser JD, et al. (2010). Initial Laparoscopic Appendectomy Versus Initial Nonoperative Management and Interval Appendectomy For Perforated Appendicitis With Abscess: A Prospective, Randomized Trial. J Pediatr Surg.

Santacroce, R & Craig, S. (2007). Appendicitis. Diakses pada tanggal 16 Agustus 2015. <http://www.emedicine.com>

Sjamsuhidajat,R. dan De Jong W. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC

Smeltzer, S. C. & Bare, B.G. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Vol. 1 Edisi 8*. Jakarta: EGC

Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, Setiati. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi IV*. Jakarta: Pusat Penerbit IPD FKUI

Yuannita, I. (2007). Pengaruh Mobilisasi Fisik Terhadap Terjadinya Flatus Pada Ibu Pasca Seksio Sesarea (Studi kasus di Ruang Brawijaya RSD Kabupaten Malang). Malang: Universitas Muhammadiyah Malang