

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Apendiksitis

2.1.1 Pengertian apendiksitis

Appendiks adalah ujung seperti jari yang kecil panjangnya kira kira 10 cm 94 inci, melekat pada sektum tepat dibawah katup ileosektal. Appendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur kedalam sektum. Karena pengosongannya tidak efektif dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan rentan terhadap infeksi (Ratu & Adwan, 2013).

Appendiksitis adalah kasus gawat bedah abdomen yang paling sering terjadi, Appendiksitis merupakan adanya suatu peradangan yang terjadi pada appendiks veriformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Appendiksitis disebut juga umbai cacing, istilah usus buntu yang selama ini dikenal dan digunakan di masyarakat kurang tepat, karena yang merupakan usus buntu sebenarnya adalah sekum (Wijaya & Putri, 2013)

Appendiksitis adalah peradangan dari appendiks dan merupakan penyebab penyakit didaerah perut akut yang paling sering. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki laki usia 10 sampai 30 tahun (Librianty, 2015).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Nuarif dan Kusuma (2015) klasifikasi apendisitis dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Apendisitis akut adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan abdomen yang disebabkan oleh bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks, selain itu hiperplasia jaringan limfe, fokalit (tinja/batu), tumor apendiks, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit (*E. Histolytica*).
2. Apendisitis rekuren yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendektomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
3. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendektomi.

2.1.3 Etiologi Apendiksitis

Penyebab terjadinya apendiksitis menurut (Wijaya & Putri, 2013) disebabkan oleh beberapa faktor sebagai berikut:

1. Ulserasi pada mukosa

2. Obstruksi pada kolon oleh fecalith (feses yang keras)
3. Pemberian barium
4. Berbagai macam penyakit cacing
5. Tumor
6. Striktur karena fibrosa pada dinding usus

Penyebab lain dari appendiksitis akut disebabkan oleh beberapa sebab terjadinya proses radang bakteri yang dicetuskan oleh beberapa factor pencetus diantaranya hiperplasia jaringan limfe, fecalith, tumor appendiks, dan cacing aksaris yang menyumbat. Ulserasi mukosa merupakan tahap awal dari kebanyakan penyakit ini. Namun ada beberapa factor yang mempermudah terjadinya radang apendiks, diantaranya sebagai berikut:

1. Faktor sumbatan

Factor obstruksi merupakan factor yang terpenting terjadinya appendiksitis 90% yang diikuti oleh factor infeksi. Sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hyperplasia jaringan lymphoid sub mukosa, 35% karena stasis fekal 4% karena benda asing dan sebab lainnya 1% diantaranya sumbatan oleh parasite dan cacing. Obstruksi yang disebabkan oleh fecalith dapat ditemui pada bermacam-macam apendiksitis akut. Diantaranya 65% pada kasus appendiksitis akut ganggrenosa tanpa rupture dan 90% pada kasus appendiksitis akut dengan rupture.

2. Faktor Bakteri

Infeksi bakteri merupakan factor pathogenesis primer pada appendiksitis akut. Adanya fecolith dalam lumen apendiks yang telah terinfeksi memperburuk dan memperberat infeksi, karena terjadi

peningkatan stagnasi fase dalam lumen appendiks. Pada kultur didapatkan terbanyak ditemukan adalah kombinasi antara bacteriodes fragilis dan E.colli lalu splanchius, lacto-bacilus, pseudomonas, bacteriodes splanicus. Sedangkan kuman yang menyebabkan perforasi adalah kuman anaerob sebesar 96% dan aerob lebih dari 10%

3. Kecenderungan familial

Hal ini dihubungkan dengan terdapatnya malformasi yang herediter dari organ, appendiksitis yang terlalu panjang, vaskularisasi yang tidak baik dan letaknya yang mudah keluarga terutama dengan diet rendah serat dapat memudahkan terjadinya fekolith dan mengakibatkan obstruksi lumen.

4. Factor ras dan diet

Factor ras berhubungan dengan kebiasaan dan pola makan sehari-hari. Bangsa kulit putih yang dulunya pola makan rendah serat mempunyai resiko lebih tinggi dari Negara yang pola makannya banyak serat. Namun saat sekarang kejadiannya kebalik. Bangsa kulit putih telah merubah pola makan mereka ke pola makan yang tinggi serat. Justru Negara berkembang yang dulunya memiliki tinggi serat kini beralih ke pola makan yang rendah serat, memiliki resiko appendiksitis yang lebih tinggi (Ratu & Adwan, 2013)

2.1.4 Anatomi fisiologi sistem pencernaan

1. Mulut

Mulut juga merupakan rongga oral. Makanan dimasukkan ke dalam tubuh melalui mulut. Tempat pencernaan di mulai. Hal ini disebut dengan

fase sefalik pencernaan. Di mulut, gigi memotong , mencacah, dan menggiling makanan sehingga partikel makanan menjadi lebih kecil dan permukaanya lebih dapat terpajan dengan kerja getah dan enzim pencernaan. Fungsi pencernaan utama mulut adalah menerima makanan melalui ingesti (memasukkan), untuk menyiapkan makanan untuk pencernaan dan untuk memulai pencernaan zat tepung

2. Faring

Faring merupakan saluran yang panjangnya sekitar 5 inci (12,7 cm) yang digunakan untuk makanan dan udara. Area faring diberikan nama berdasarkan letak. Nasofaring yang terletak dibelakang rongga hidung. Dilapisi oleh epitel silindris bertingkat semu bersilia. Orofaring terletak dibelakang rongga oral (mulut) dan dilapisi oleh epitel skuamosa bertingkat. Laringofaring (hipfaring) memiliki lapisan yang sama dan terletak tepat dibawah epiglottis. Pada area ini saluran nafas dan saluran cerna terbagi (laring terletak langsung didepan faring dan merupakan struktur jalan masuk udara ke paru). Karena laring dan faring berdekatan , mekanisme khusus epiglottis mencegah aspirasi makanan dan cairan ke dalam paru ketika seseorang menelan. Katup jaringan ini turun untuk menutup laring dan trakea (batang tenggorokkan) selama menelan (makanan memiliki hak mendahului udara pada saat menelan).

Di mulut lidah mengangkat dan memindahkan bolus makanan mencampurnya dengan saliva. Proses menelan makanan diawal bersifat volenter. Lidah mendorong bolus ke faring, tempat pergerakan makanan menjadi involunter (disini pusat menelan dan di medulla mengambil

alih). Kontraksi faring mendorong makanan ke dalam esophagus muscular, Seluruh saluran cerna termasuk faring dilapisi dengan membrane mukosa. Otot polos involunter mengirimkan makanan keseluruh saluran GI dengan gelombang kontraksi yang disebut peristaltic yaitu gerakan relaksasi dan kontraksi otot secara bergantian. Aktivitas ini melibatkan dua lapisan otot polos (involunter).Lapisan luar otot esophagus terdapat dalam posisi naik dan turun (longitudinal), lapisan bagian dalam terletak pada lingkaran konsentris, pencernaan tidak dapat terjadi tanpa peristaltik.

3. Esophagus (kerongkongan)

Esophagus atau kerongkongan memiliki panjang sekitar 10 inci (25,4 cm), memanjang dari faring ke leher ke thorak dan melalui lubang diaphragma, menuju lambung. Ini adalah sfingter kardik atau sfingter esophagus bawah(lower esophagus spincter) yang terkadang disebut dengan sfingter gastroesophagus, sfingter ini menjaga lubang lambung dengan mencegah makanan agar tidak mengalir kembali ke esophagus. Gelombang peristaltik mendorong makanan melalui esophagus bawah, LES membuka (memungkinkan makanan masuk) dan menutup (menyimpan makanan di dalam lambung) (Rosdahl &Kowalski, 2014)

4. Lambung

Lambung merupakan bagian dari saluran cerna yang dapat mengembang paling banyak terutama didaerah epigaster., lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan osofagus melalui ofisium pilorik, terletak dibawah diaphragma di depan pancreas dan

limfa, menempel disebelah kiri fundus uteri. Bagian bagian dari fundus uteri terdiri dari fundus ventrikuli bagian yang menonjol ke atas, korpus ventrikuli, antrum pylorus dan bagian yang disebut kurvatura minor.

Dilambung semua makanan akan bercampur dengan mucus dan asam lambung. Dan juga pepsin dan enzim pencernaan lainnya sekitar 2,8 l perhari. Zat ini diaduk hingga makanan menjadi berbentuk seperti susu. Semi cair yang disebut kimus. Proses ini biasanya berlangsung 3-5 jam. (sel parietal lambung juga menyekresi factor intrinsic yang memungkinkan tubuh mengabsorpsi vitamin B1. Peristaltik otot lambung memindahkan makanan ke arah saluran pylorus. Sfingter kemudian relaksasi untuk memfasilitasi gelombang peristaltic menyemburkan makanan dalam jumlah kecil ke dalam usus halus. (meskipun sebagian besar zat gizi mengalir dalam bentuk kimus ke dalam usus halus, beberapa molekul kecil seperti alcohol langsung diabsorpsi ke dalam aliran darah dari lambung.

Jika lambung mengalami iritasi atau terlalu penuh, terkadang arah gelombang peristaltic menjadi terbalik dan mendorong zat kembali ke ujung bawah esophagus. Peristaltik balik dalam lambung, disertai kontraksi otot abdomen dan diafragma, mendorong makanan kembali ke esophagus dan keluar melalui mulut, yang dikenal sebagai muntah.

5. Usus Halus

Fase intestinal pencernaan dimulai dengan usus halus. Usus halus merupakan bagian terpanjang saluran cerna dengan panjang sekitar 6,1 m dan diameter 3,81 cm. Usus berada dalam posisi melengkung sehingga

muat berada dalam rongga abdomen. Usus halus sekitar 5,5 meter lebih panjang daripada usus besar, yang merupakan sambungan usus halus. Area usus halus adalah duodenum, yeyenum (bagian tengah) dan ileum (bagian akhir). Elemen makanan bergerak melalui area usus halus ini seraya diubah oleh beragam serasi dan enzim. Usus halus terdiri atas lapisan jaringan yang sama seperti lambung, dengan pengecualian otot oblik. Otot polos (involunter) longitudinal dan sirkular bekerja antagonis, ketika salah satu kontraksi otot yang lain relaksasi. Kontraksi menyerupai gelombang pada otot sirkular menyempitkan lumen usus, mendorong makanan ke depan. Ketika otot longitudinal kontraksi, otot sirkular relaksasi, meningkatkan ukuran lumen dan memungkinkan makanan masuk. Gelombang ritmik tersebut terdapat dalam peristaltic usus.

Kebanyakan proses pencernaan terjadi di usus halus, kelenjar usus halus di membrane mukosa yang melapisi usus halus menyekresi enzim untuk mencerna semua makanan. Enzim usus ini merupakan protein yang bekerja sebagai katalis, meningkatkan dan mempercepat reaksi kimia, tetapi sebenarnya enzim ini tidak mengalami perubahan. Enzim ini mengurai karbohidrat, protein, dan lemak menjadi bahan yang dapat digunakan oleh sel. Agar dapat diabsorpsi oleh pembuluh darah dan limfe, karbohidrat harus berada dalam bentuk gula “sederhana” monosakarida : glukosa, fruktosa dan galaktosa. Protein harus dicerna menjadi zat yang paling sederhana yaitu asam amino, lemak harus diubah menjadi asam lemak dan gliserol.

Usus halus memiliki sejumlah sekresi tidak hanya enzim. Mucus melubrikasi dan melindungi lapisan dinding usus dari kimus yang sangat asam dan dari enzim pencernaan. Kolesistokinin adalah hormone yang disekresi yang menstimulasi pancreas untuk mensekresi getah pancreas dan menstimulasi kandung empedu untuk kontraksi, menyebabkan pelepasan empedu.

6. Duodenum

Bagian pertama usus halus adalah duodenum yang berukuran 10 hingga 12 inci berbentuk huruf C, dinding duodenum berisi sel khusus dan kelenjar khusus yang dirancang untuk menyekresi mucus yang membantu melindungi usus halus dari kimus yang asam. Saat kimus masuk ke dalam duodenum lebih banyak getah pencernaan yang ditambahkan. Empedu, cairan coklat kehijauan yang dihasilkan oleh hati dan disimpan dikandung empedu, mengalir melalui duktus biliaris komunis untuk mengemulsi lemak dalam rangka persiapan untuk kerja pencernaan yang lebih lanjut.

7. Yeyenum dan Ileum

Kimus mengalir melalui bagian usus halus yang tersisa, yaitu yeyenum panjangnya sekitar 2,4 meter. Dan ileum terminal panjangnya sekitar 3,3 meter. Kata yeyenum berasal dari kata latin yang berarti usus yang puasa. Bagian usus ini dinamakan seperti itu karena, ketika dipotong hampir selalu kosong. Kata ileum berate inguinal atau selangkangan, seluruh usus halus dilapisi dengan membrane mukosa. Banyak nodul limfe berada di ileum, baik sendiri-sendiri maupun berkelompok, nodus

limfe yang berkelompok disebut folikel limfatik agreat atau bercak payer (Bunker&Kowalski, 2014). Otot yang menyerupai sfingter yang terletak ditempat pertemuan antara usus halus dan usus besar, bekerja seperti katup untuk mencegah aliran balik zat ke usus halus, otot ini juga mengatur aliran ke depan. Otot ini adalah katup ileosekal, dari nama dua bagian yang bergabung yaitu ileum usus halus dan sekum usus besar (Rosdahl & Kowalski, 2014).

8. Usus besar

Usus besar seperti saluran GI lain, dilapisi oleh membrane mukosa. Usus besar lebih lebar daripada usus halus. Diameternya sekitar 6,35cm, tetapi panjangnya hanya sekitar 1,5 m. Usus besar tidak bergelung tetapi terletak dalam liputan dan dibagi menjadi area yang disebut sekum, kolon, dan rectum. Reabsorpsi air merupakan fungsi utama usus besar. Bakteri usus berfungsi menghambat pertumbuhan pathogen di usus besar dan beberapa bakteri memproduksi vitamin K, yang diperlakukan untuk pembekuan darah. Absorpsi vitamin dan mineral serta pembentukan dan defekasi (pengeluaran) feses juga merupakan fungsi usus besar (Rosdahl & Kowalski, 2014).

9. Rectum dan anus

Rectum memiliki panjang sekitar 12,7 cm dan berakhir di saluran anus, bagian terminal (ujung) usus besar yang memiliki panjang sekitar 2,54-3,8 cm, produk sampah disekresi (egesti) melalui lubang ke arah luar (anus) yang dijaga oleh otot sfingter internal dan eksternal berada

dalam kendali individu dan dapat secara volunteer (disadari) kontraksi dan relaksasi

2.1.5 Patofisiologi

Appendiksitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen appendix oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing dan struktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mucus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding appendix mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen, tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema.

Diaferesis bakteri dan ulserasi mukosa pada saat inilah terjadi appendiksitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Sekresi mucus tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding appendix. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium setempat sehingga menimbulkan nyeri di abdomen kanan bawah, keadaan ini disebut dengan appendiksitis sukratif akut. Aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding appendix yang diikuti dengan gangrene stadium ini disebut dengan appendiksitis gangrene. Bila dinding yang telah rapuh ini pecah akan terjadi appendiksitis perforasi.

Semua proses di atas akan berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah appendix hingga timbul suatu masa lokal yang disebut infiltrate apendikularis, peradangan appendix tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Anak-anak karena omentum lebih pendek

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 (Mansjoer, 2013, Wijaya & Putri 2013)

Appendiks yang terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat kemungkinan oleh fekolith atau benda asing. Proses inflamasi meningkatkan tekanan intralumen menimbulkan nyeri hebat pada abdomen secara progresif, dalam beberapa jam terlokalisasi dalam kuadran kanan bawah dari abdomen. Akhirnya apendiks yang terinflamasi berisikan pus. Pada klien apendiksitis yang sudah mengalami perforasi ataupun inflamasi pada organ apendiks klien tersebut memiliki terapi sebagaimana untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit. Adanya tindakan operasi tersebut dapat menimbulkan adanya masalah seperti halnya nyeri akut, gangguan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik, resiko infeksi pada luka bedah post operasi appendektomi dan adanya masalah resiko berkuangnya volume cairan

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) tanda awal dari apendiksitis adalah nyeri epigastrium /region umbilicus disertai mual anoreksia. Klasifikasi nyeri:

1. Nyeri pindah ke kanan bawah (yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk) dan menunjukkan tanda rangsangan periteneum lokal di titik Mc burney: nyeri tekan, nyeri lepas dan defans muscular

2. Nyeri rangsangan periteneum tidak langsung
3. Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan (rovsing sign)
4. Nyeri kanan kuadran bila tekanan disebelah kiri dilepas(Blumberg) Nyeri kanan bawah bila periteneum bergerak seperti nafas dalam, berjalan, batuk dan mendedan
5. Nafsu makan menurun
6. Demam yang tidak terlalu tinggi
7. Biasanya terdapat konstipasi, tapi kadang kadang terjadi diare.

Gejala permulaan pada appendiksitis yaitu nyeri atau persaan tidak enak sekitar umbilicus diikuti dengan anoreksia dan muntah, gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1 atau 2 hari. Dalam beberapa jam nyeri bergeser ke kuadran kanan bawah dan mungkin terdapat nyeri tekan sekitar titik Mc burney, kemudian dapat timbul spasme otot dan nyeri lepas. Biasanya ditemukan demam ringan dan hasil leukosit meningkat sering sekali hilang secara dramatis untuk sementara.

Sedangkan tanda dan gejala menurut (Ratu & Adwan, 2013) adalah nyeri terasa pada abdomen kuadran kanan bawah dan biasanya disertai dengan demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Nyeri tekan lokal pada titik Mc Burney bila dilakukan tekanan, nyeri tekan lepas mungkin akan dijumpai 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 tekan dapat terasa di daerah lumbal: bila ujungnya ada pada pelvis, tanda tanda ini

hanya dapat diketahui pada pemeriksaan rektal. Nyeri pada defekasi menunjukkan bahwa ujung apendiks dekat kandung kemih atau ureter. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rectum kanan dapat terjadi.

Tanda Rovsing dapat timbul melakukan palpasi kuadran bawah yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa pada kuadran kanan bawah. Apabila apendiks telah ruptur nyeri dapat lebih menyebar, distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi klien memburuk.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Ditemukan leukosit 10.000 s/dan 18.000/mm³, kadang-kadang dengan pergeseran ke kiri leukosit lebih dari 18.000/mm³ disertai keluhan/gejala appendiksitis lebih dari empat jam mencurigakan perforasi sehingga diduga bahwa tingginya leukosit sebanding dengan peradangan (Wijaya & Putri, 2013)

2. Radiologi

Pemeriksaan radiologi akan sangat berguna pada kasus atipikal. Pada 55% kasus appendiksitis stadium awal akan ditemukan gambaran foto polos abdomen yang abnormal, gambaran yang lebih spesifik adanya masa jaringan lunak diperut kanan bawah dan mengandung gelembung-gelembung udara. Selain itu gambaran radiologis yang ditemukan adanya fekalit, pemeriksaan barium enema dapat juga dipakai pada kasus-kasus tertentu cara ini sangat bermanfaat dalam menemukan lokasi sakum pada kasus "bizar". Pemeriksaan radiologi X-ray dan USG menunjukkan densitas pada kuadran kanan bawah atau tingkat aliran udara setempat.

3. Pemeriksaan penunjang lainnya

Pemeriksaan penunjang lainnya menurut (Wijaya & Putri, 2013) adalah sebagai berikut:

- a. Pada copy fluorossekum dan ileum tampak irritable.
- b. Pemeriksaan colok dubur: menyebabkan nyeri bila di daerah infeksi bisa dicapai dengan jari telunjuk.
- c. Uji psoas dan uji obturator

2.1.8 Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan ataupun tindakan yang dilakukan pada pasien dengan masalah appendiksitis menurut (Wijaya & Putri 2013) sebagai berikut:

1. Sebelum tindakan operasi (pembedahan)

a. Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendiksitis seringkali belum jelas dalam keadaan observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya appendiksitis ataupun peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis diulangi secara periodic, foto abdomen dan thoraks tegak dilakukan untuk menari kemungkinan adanya penyulit lain, Pada kebanyakan kasus diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri didaerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan (Wijaya & Putri, 2013)

b. Antibiotik

Appendiksitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotik, kecuali appendiksitis ganggrenosa atau appendiksitis perforasi. Penundaan tindak bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi

2. Operasi

Appendektomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah ablative atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit.

- a. Appendiks dibuang, jika appendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci garam fisiologi dan antibiotik.
- b. Abses appendiks diobati dengan antibiotika IV, biasanya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Appendektomi dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

3. Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, syok hipotermia atau gangguan pernafasan, angkat sonde lambung bila pasien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, barangkali pasien dalam posisi fowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuaskan, bila tindakan operasi lebih besar misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak

ditempat tidur selama 2x30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk diluar kamar. Hari ke tujuh dapat dianjurkan untuk duduk diluar kamar. Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan untuk pulang.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi yang paling sering terjadi adalah

1. Perforasi

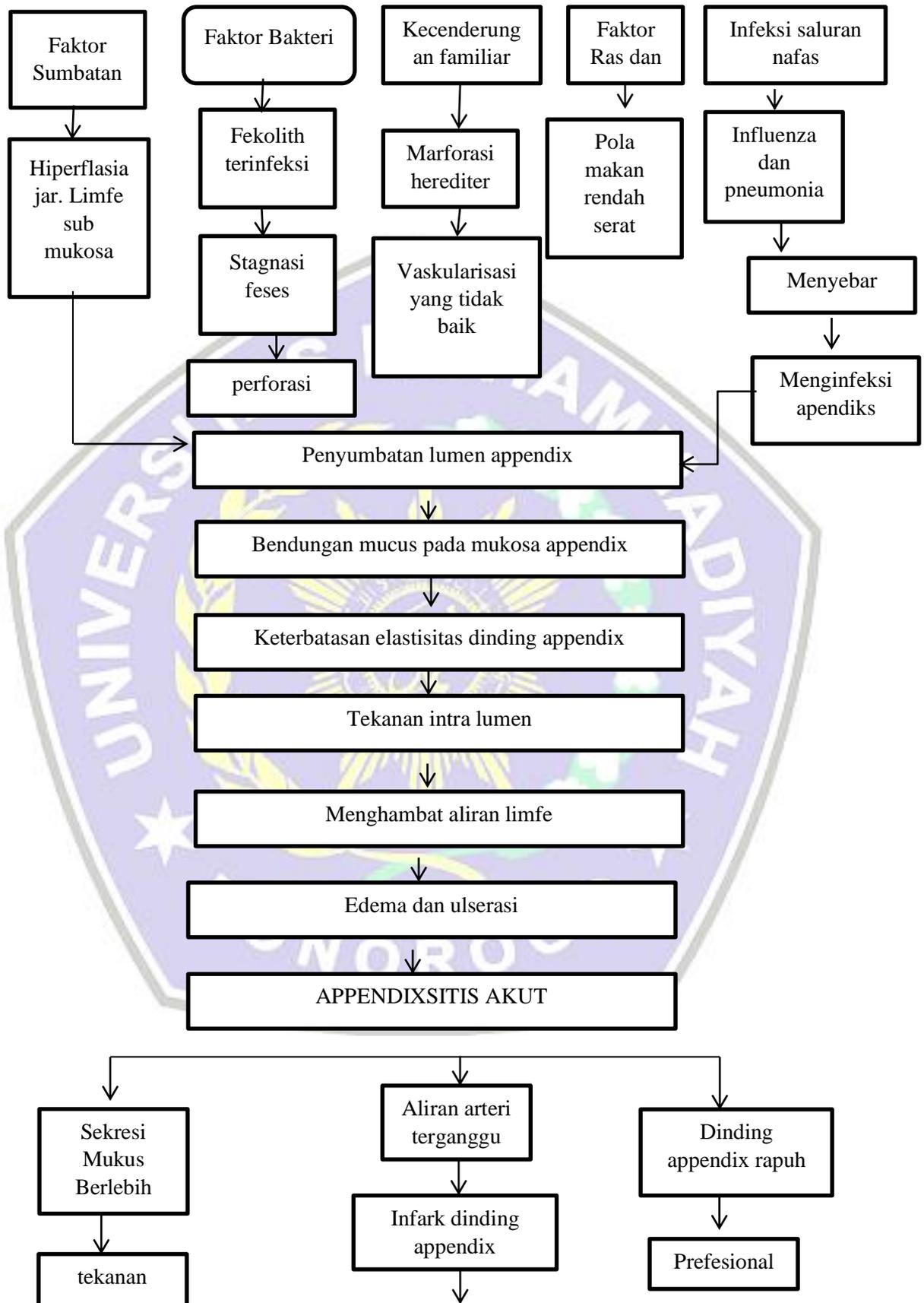
Insidensi perforasi 10-32%, rata-rata 20%, paling sering terjadi pada usia muda sekali atau terlalu tua. Perforasi timbul 93% pada anak-anak dibawah umur 2 tahun antara 40-75% kasus, usia diatas 60 tahun keatas. Perforasi jarang timbul dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi incidence meningkat tajam setelah 24 jam. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu 39,5 C tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis meningkat akibat perforasi dan pembentukan abses

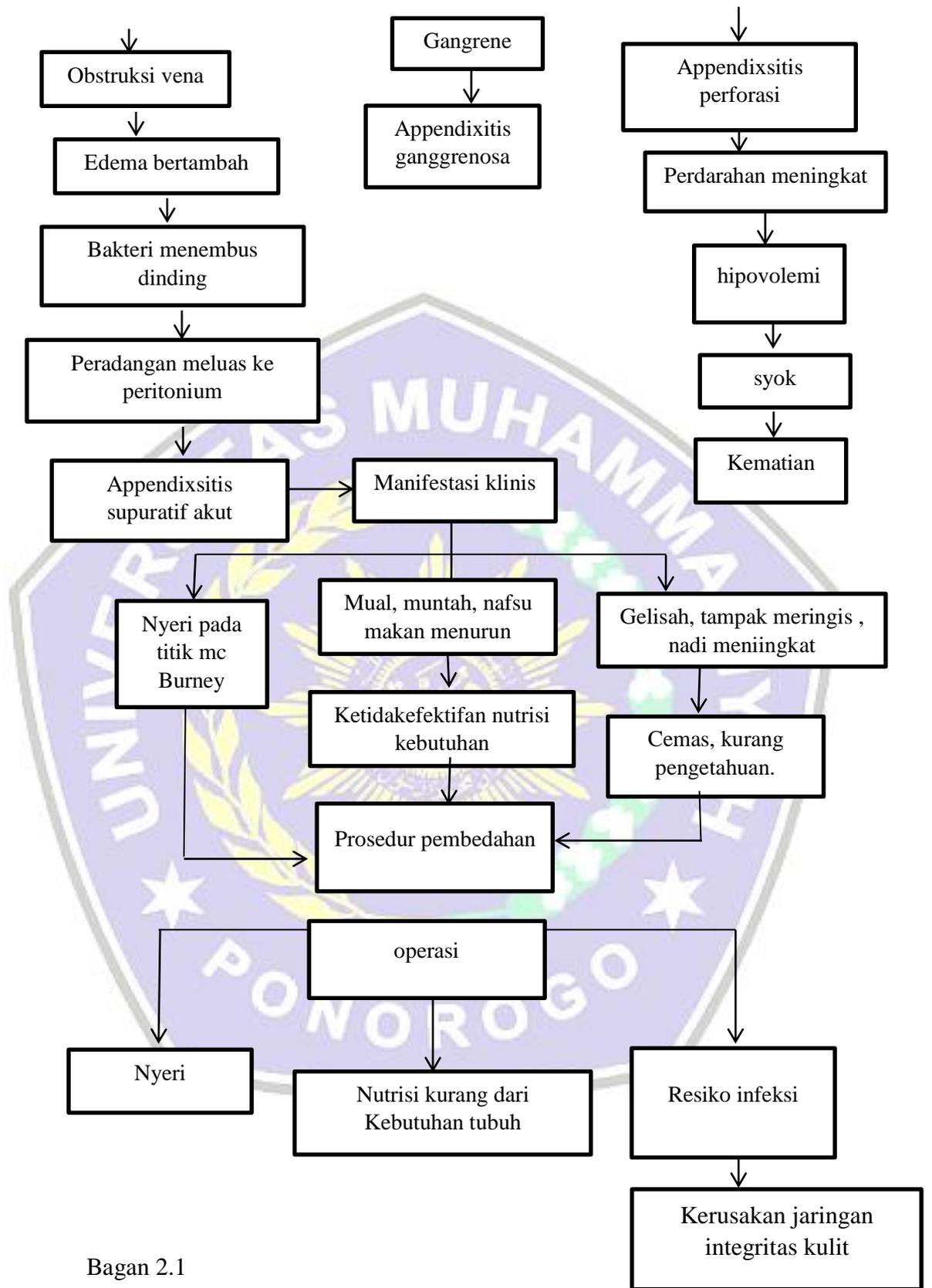
2. Peritonitis

Peritonitis merupakan tromboflebitis septik pada system vena porta ditandai dengan panas tinggi 39-40 C menggigil dan icterus merupakan penyakit yang relative jarang.

- a. Tromboflebitis supuratif dari system portal jarang terjadi tetapi merupakan komplikasi yang letal
- b. Abses subfrenikus dan fokal sepsis intraabdominal lain.
- c. Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlengketan.

2.1.10 Pohon Masalah/Pathway





Bagan 2.1

Sumber: sjamsuhidajat, 2016, nanda, 2015

2.2 Konsep Masalah Keperawatan Defisiensi Pengetahuan

2.2.1 Pengertian Defisiensi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek dari indra yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2012).

Dalam kamus besar Bahasa Indonesia (2011), pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses pembelajaran ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia serta keadaan sosial budaya.

2.2.2 Tingkat pengetahuan

Menurut Kholid dan Notoatmodjo (2012) ada 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktekan materi yang sudah dipelajari pada kondisi real (sebenarnya).

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.2.3 Jenis Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013), pengetahuan merupakan bagian dari perilaku kesehatan. Ada dua jenis pengetahuan sebagai berikut :

1. Pengetahuan Implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang berbentuk dari pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata misalnya keyakinan pribadi, perspektif dan prinsip. Secara implisit pengetahuan sulit untuk di transfer ke orang lain biasanya pengetahuan ini berisi kebiasaan dan budaya.

2. Pengetahuan Eksplisit

Pengetahuan secara eksplisit yaitu pengetahuan yang disimpan dalam wujud nyata atau wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata diaplikasikan dalam tindakan yang berhubungan dengan kesehatan.

2.2.4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) faktor yang mempengaruhi pengetahuan :

1. Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Budiman dan Riyanto, 2013). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi (Sriningsih, 2011).

2. Informasi/Media masa

Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi diperoleh dari pendidikan formal ataupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Semakin berkembangnya teknologi menyediakan bermacam-macam media masa sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat. Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasannya.

3. Sosial, Budaya, dan Ekonomi

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Seseorang yang mempunyai sosial budaya yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuan akan menjadi kurang baik. Status ekonomi seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

4. Lingkungan

Lingkungan mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan yang di dapatkan akan baik tetapi jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapatkan juga akan kurang baik.

5. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

6. Usia

Semakin bertambahnya usia maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.

2.2.5. Cara Memperoleh Pengetahuan

1. Cara tradisional atau non ilmiah

Cara tradisional dibagi menjadi empat cara yaitu :

a. *Trial and Error*

Cara yang dipakai orang sebelum adanya kebudayaan bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Pada waktu itu bila seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya yang dilakukan hanya dengan mencoba-coba saja. Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai berhasil. Oleh karena itu cara ini disebut dengan metode Trial (coba) dan Error (gagal atau salah atau metode coba salah adalah coba-coba).

b. Kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang, penalaran dan tradisi-tradisi yang dilakukan itu baik atau tidak. Kebiasaan ini hanya terjadi pada masyarakat modern. Kebiasaan ini seolah-olah diterima dari sumbernya berbagai kebenaran yang mutlak. Sumber pengetahuan ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat

baik formal maupun informal, ahli agama dan pemegang pemerintahan.

c. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Adapun pepatah mengatakan “Pengalaman adalah guru terbaik”.

Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

d. Jalan Pikir

Sejalan perkembangan kebudayaan umat manusia cara berpikir manusia ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan. Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia menggunakan jalan pikirnya melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi pada dasarnya adalah cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pertanyaan-pertanyaan yang dikemukakan.

2. Cara Modern atau Cara Ilmiah

Cara baru memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah yang disebut sebagai metode ilmiah. Kemudian metode-metode berfikir induktif bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, membuat catatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamati (Notoatmodjo, 2012).

2.2.6. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) pengetahuan seseorang di tetapkan menurut hal-hal sebagai berikut :

1. Bobot I : Tahap tahu dan pemahaman.
2. Bobot II : Tahap tahu, pemahaman, dan analisis.
3. Bobot III : Tahap tahu, pemahaman, analisis sintesis dan evaluasi.

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden.

Menurut Arikunto (2010), tingkat pengetahuan seseorang dapat di interpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Baik : Jawaban terhadap kuesioner 76-100% benar.
- b. Cukup : Jawaban terhadap kuesioner 56-75% benar.
- c. Kurang : Jawaban terhadap kuesioner < 56% benar.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas

Data yang dikumpulkan perawat klien dengan kemungkinan appendicitis meliputi nama umur, jenis kelamin, pendidikan, tanggal atau jam MRS, nomor registrasi, diagnosa, nama orang tua, pekerjaan, agama dan suku bangsa

2. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama pasien biasanya mengeluh nyeri di sekitar epigastrium menjalar keperut bawah dirasakan terus-menerus nyeri dapat hilang timbul dalam waktu yang lama dan disertai dengan rasa mual, muntah dan panas.

3. Riwayat penyakit dahulu.

Meliputi penyakit apa yang pernah diderita pasien seperti hipertensi, operasi abdomen yang lalu, apakah klien pernah masuk RS, obat-obatan yang dikonsumsi apakah mempunyai riwayat alergi.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes meletus, gangguan jiwa dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC.

5. Pola fungsi kesehatan

a. Pola hidup dan tatalaksana hidup sehat

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

b. Pola metabolik nutrisi

Penderita appendiksitis sering muncul anoreksia (akibat respon sistemik melalui control saraf pusat), mual dan muntah (karena peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme)

c. Pola eliminasi

Penderita sering mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui proses evaporasi karena demam (Wulandari & dkk, 2016).

d. Pola istirahat tidur

Data yang sering muncul adalah anak mengalami kesulitan tidur karena menahan nyeri abdomen. Penampilan terlihat lemah, sering menguap, mata merah juga sering menahan nyeri pada malam hari karena ketidaknyamanan tersebut (Wulandari & dkk, 2016).

e. Pola aktivitas

Aktivitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri luka operasi. Klien tampak menurun aktivitas dan latihannya sebagai dampak kelemahan fisik. Klien tampak lebih banyak meminta bantuan orang disekitarnya atau bedrest (Wulandari & dkk, 2016).

f. 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.

g. Pola sensorik dan kognitif

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

h. Pola penanggulangan stress

Kebiasaan klien yang digunakan dalam mengatasi masalah tersebut.

i. Pola tata nilai dan kepercayaan

Bagaimana keyakinan klien terhadap agamanya dan bagaimana cara klien mendekatkan diri kepada dengan Tuhan selama sakit.

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran umum

Kesadaran pada pasien apendisitis biasanya composmentis, bagaimana ekspresi wajah menahan sakit, ada tidaknya kelemahan, tanda-tanda vital klien.

2. Kepala dan muka

Wajah pucat dan sayu (kekurangan nutrisi) dan wajah berkerut.

3. Mata

Mata cekung (kekurangan cairan tubuh)

4. Mulut dan faring

Mukosa bibir kering (penurunan cairan intrasel mukosa), bibir pecah-pecah, lidah kotor, bau mulut tidak sedap (penurunan hidrasi bibir dan personal hygiene).

5. Thorax

a. Jantung

Pada penderita apendisitis Biasanya terdapat takikardi

b. Paru

Apakah bentuknya simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, gerakan cuping hidung, frekwensi pernafasan biasa normalnya (16-20 kali permenit), apakah ada ronchi, whezing, stidor.

6. Abdomen

- a. inspeksi : pada apendisitis akut ditemukan adanya *abdominal swelling*, sehingga pada pemeriksaan jenis akan ditemukan adanya distensi abdomen
- b. palpasi : nyeri abdomen, sekitar epigastrium dan umbilikus, yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik Mc Burney (setengah jarak antara umbilikus dan tulang ileum kanan) meningkat karena berjalan, bersin, batuk atau nafas dalam (nyeri berhenti tiba-tiba diduga perforasi atau infark pada appendiks) keluhan berbagai rasa nyeri/ gejala tidak jelas (sehubungan dengan lokasi contoh retrosekal atau sebelah ureter).
- c. Perkusi : pada penderita apendisitis suara abdomen ditemukan tympani
- d. Auskultasi : distensi bunyi usus sering hiperaktif selama perdarahan, dan hipoaktif setelah perdarahan

7. Integumen

Ada tidaknya edema, sianosis, pucat, kemerahan luka pembedahan pada abdomen sebelah kanan bawah.

8. Ekstremitas

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

Kekuatan Otot :

0 : Lumpuh

1 : Ada kontraksi

- 2 : Melawan gravitasi dengan sokongan
- 3 : Melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan
- 4 : Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit
- 5 : Melawan gravitasi dengan kekuatan penuh

2.3.3 Analisa Data

Menurut Setiadi (2012) analisa data diperoleh dari :

1. Data subyektif

Pengumpulan data dari deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya seperti riwayat keperawatan persepsi pasien. Perasaan dan ide tentang status kesehatannya. Sumber data lain dapat diperoleh dari keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya.

2. Data obyektif

Pengumpulan data melalui pengamatan sesuai dengan menggunakan panca indra dan mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat dan apa yang didengar.

2.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebagai dasar asuhan keperawatan yang mampu mengembangkan kemampuan mendiagnosis dalam rangka menjadi penegak diagnosis yang baik (Ester, 2010).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien apendisitis (NANDA, 2015), meliputi:

1. Pasca Operasi

- a. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi terkait dengan prosedur pembedahan

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (insisi pembedahan pada abdomen).
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis (mual,muntah)
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive, insisi post pembedahan.
- e. Devisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan aktif volume cairan (evaporasi) diare.



2.5 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang digunakan pada pasien appendiksitis adalah intervensi post op. Intervensi post op yang bisa digunakan sebagai berikut:

Table 2.1: Intervensi pada saat post op pada pasien appendiksitis adalah:

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/NOC	Intervensi/NIC	Rasional	TTD
1.	<p>Defisien pengetahuan</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu atau kemahiran.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Ketidakkuratan mengikuti perintah 2. Ketidakkuratan melakukan tes. 3. Perilaku tidak tepat 4. Kurang Pengetahuan 5. Perilaku patuh 6. Pengobatan yang disarankan <p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang informasi 2.Kurang minat untuk belajar 3.Kurang sumber pengetahuan 4.Keterangan yang salah dari 	<p>NOC:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan :</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Pengetahuan Penyakit akut. 2. Manajemen Pengetahuan Pemberian makan 3. Manajemen pengetahuan mekanik tubuh 4. Pengetahuan Promosi Kesehatan. 5. Manajemen Pengetahuan Kelainan makanan. 6. Manajemen Pengetahuan Penyakit peradangan usus. 7. Manajemen Pengetahuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bimbingan Antipasif 2. Pendidikan kesehatan 3. Peningkatan kesadaran kesehatan 4. Panduan system pelayanan kesehatan 5. Fasilitasi pembelajaran teknik mobilisasi 6. Peningkatan kesiapan pembelajaran. 7. Manajemen nyeri 8. Informasikan pasien agar pasien ikut terlibat dalam proses penembuhannya 9. Manajemen Nutrisi 10. Evaluasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan operasi , batuk dan teknik napas dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi pada pasien untuk merencanakan kembali rutinitas biasa tanpa menimbulkan masalah. 2. Mencegah kelemahan meningkatkan penyembuhan dan perasaan sehat dan mempermudah ke aktivitas normal 3. Membantu kembali ke fungsi usus semula. Mencegah mencejan saat defekasi. 4. Pemahaman meningkatkankerja sama dengan progam terapi, meningkatkan penyembuhan dan proses perbaikan. 5. Upaya intervensi menurunkan risiko 	

	<p>orang lain. 5. Pikiran abstrak 6. Memproses informasi</p> <p>Kondisi Terkait: 1. Gangguan Fungsi Kognitif 2. Gangguan memori</p>	<p>pengobatan</p> <p>8. Manajemen Pengetahuan aktivitas yang disarankan</p> <p>9. Manajemen Pengetahuan diet yang disarankan.</p> <p>10. Manajemen Pengetahuan stress (cemas)</p> <p>11. Manajemen Pengetahuan prosedur perawatan</p>	<p>11. Tekankan pentingnya mobilisasi dini dan perawatan pernafasan sistem</p>	<p>komplikasi serius contoh lambatnya penyembuhan , peritonitis</p>	
--	--	---	--	---	--



2.6 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan kepada nursing olders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang menengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam, 2008).

Menurut Kozier, dkk (2010) dalam Deden Dermawan (2012), dalam Implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antara lain:

1. Individualitas klien, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan.
2. Melibatkan klien dengan mempertimbangkan energi yang dimiliki, penyakitnya, hakikat stressor, keadaan psiko-sosio-kultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi.
3. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan.
5. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya.
6. Penampilan perawat yang bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan kepada klien.

7. Beberapa prinsip atau pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan menurut Kozier, dkk (2010) dalam Deden Dermawan (2012), adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan respons klien.
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan & hasil penelitian keperawatan & standar pelayanan profesional & hukum dan kode etik keperawatan.
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
5. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.
6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*self care*).
7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
8. Dapat menjaga rasa aman & harga diri dan melindungi klien.
9. Memberikan pendidikan & dukungan dan bantuan.
10. Bersifat holistik.
11. Kerjasama dengan profesi lain.
12. Melakukan dokumentasi.

2.7 Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan dari pasien. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu: evaluasi

proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Direja, 2011) :

1. S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan cara menanyakan kepada klien langsung.
2. O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.
3. A : Analisis ulang atas data subjektif dan dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.
4. P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindak lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat.

Rencana tindakan lanjut dapat berupa:

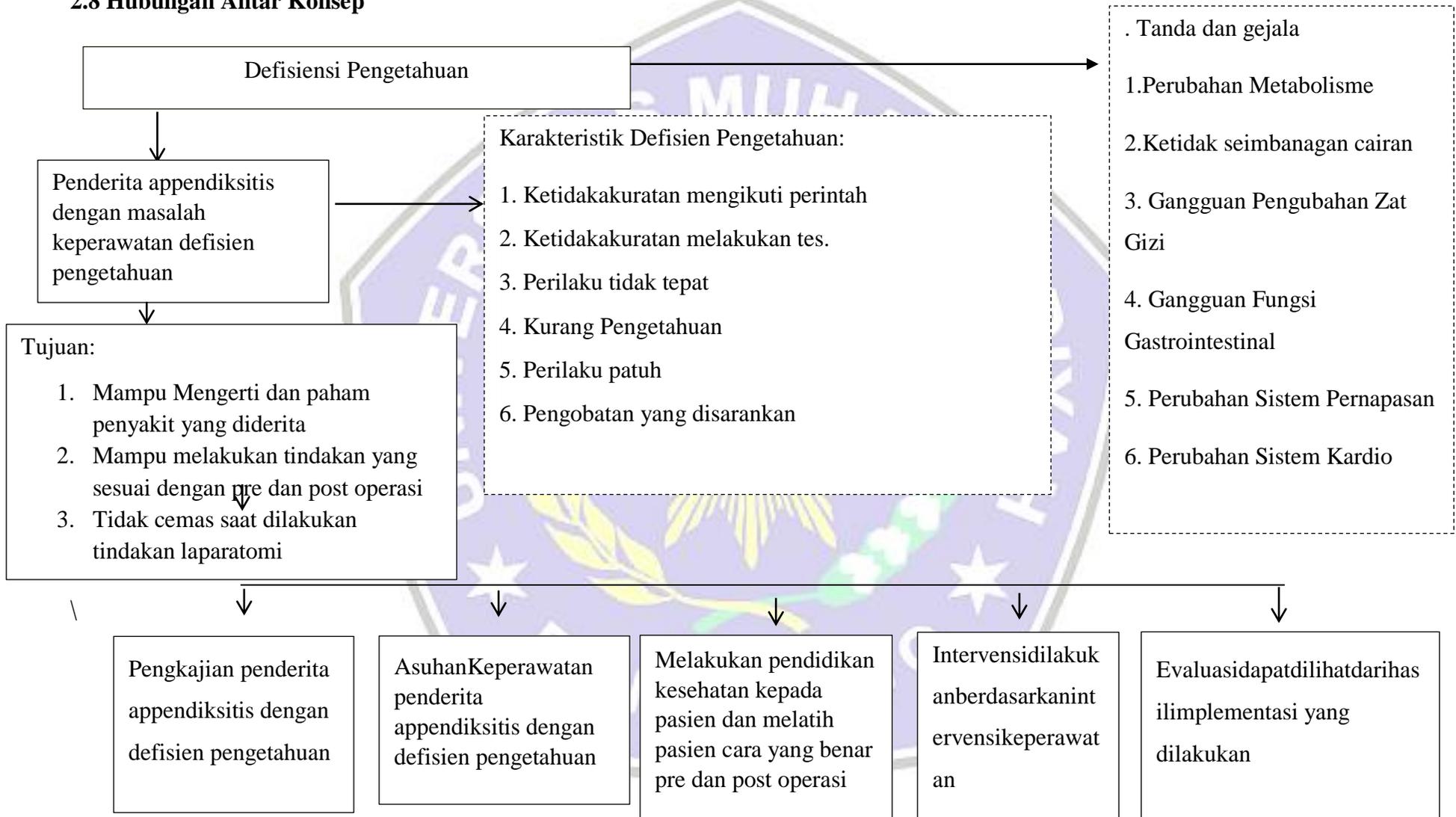
- a. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah.
- b. Rencana diperbaiki jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan.
- c. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan

- d. Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Pasien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar dapat melihat perubahan dan berusaha mempertahankan serta meemelihara. Pada evaluasi sangat diperlukan reinforment untuk menguatkan perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan self-reinforcement (Prabowo, 2014).



2.8 Hubungan Antar Konsep



Keterangan :

○ : Diteliti

————— : Berhubungan

————→ : Berpengaruh

Gambar 2.1 Hubungan antar konsep pasien post operasi apendisitis dengan masalah keperawatan defisiensi pengetahuan

