

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Apendisitis**

##### **2.1.1 Definisi**

Apendisitis adalah radang pada usus buntu atau dalam Bahasa latinnya appendiks vermiformis, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017).

Apendisitis merupakan keadaan inflamasi dan obstruksi pada vermiformis. Apendisitis adalah inflamasi saluran usus yang tersembunyi dan kecil yang berukuran sekitar 4 inci yang buntu pada ujung sekum (Saihaan, Habeahan, Zalukhu & Ginting, 2021)

Apendisitis merupakan keadaan inflamasi dan obstruksi pada appendiks vermiformis. Apendiks vermiformis yang disebut dengan umbai cacing atau lebih dikenal dengan nama usus buntu, merupakan kantung kecil yang buntu dan melekat pada sekum (Kementerian Kesehatan, 2022).

Merujuk pada tiga hal tersebut penulis dapat menyimpulkan Apendiksitis adalah inflamasi dan obstruksi pada appendiks vermiformis yang disebut umbai cacing atau usus buntu yang tersembunyi berukuran kecil dan melekat pada ujung sekum.

### **2.1.2 Faktor Resiko**

Menurut Hayati dan Pawenang (2021), ditinjau dari teori Blum ada 4 faktor yang mempengaruhi terjadinya apendisistis, diantaranya :

- a. Faktor biologi, diantaranya usia, jenis kelamin, suku dan ras.
- b. Faktor lingkungan, diantaranya terjadi akibat obstruksi lumen akibat infeksi bakteri, virus, parasite, cacing dan benda asing serta sanitasi lingkungan yang kurang baik.
- c. Faktor perilaku, diantaranya perilaku asupan nutrisi yang rendah serat yang dapat mempengaruhi defekasi dan fekalit yang dapat menyebabkan obstruksi lumen.
- d. Faktor pelayanan Kesehatan, baik dilihat dari pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh layanan Kesehatan baik dilihat dari fasilitas maupun non fasilitas.

### **2.1.3 Etiologi**

Appendicitis disebabkan karena adanya obstruksi pada lumen appendiks sehingga terjadi kongesti vaskuler, iskemik nekrosis dan akibatnya terjadi infeksi. Appendicitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Penyebab obstruksi yang paling sering adalah fecolith. Fecolith ditemukan pada sekitar 20% anak dengan appendicitis. Penyebab lain dari obstruksi appendiks meliputi:

- a. Hiperplasia folikel lymphoid Carcinoid atau tumor lainnya merupakan penyebab terbanyak

- b. Benda asing seperti biji bijian
- c. Ulserasi mukosa appendiks oleh parasit *E. histolytica*.
- d. Striktura lumen karena fibrosa akibat peradangan sebelumnya Infeksi kuman dari kolon yang paling sering adalah *E-coli* dan streptococcus.

Selain itu apendisitis juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan makanan rendah serat sehingga dapat terjadi konstipasi. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang mengakibatkan terjadinya sumbatan fungsional appendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon (Kheru, Sudiadnyani & Lestari 2022).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

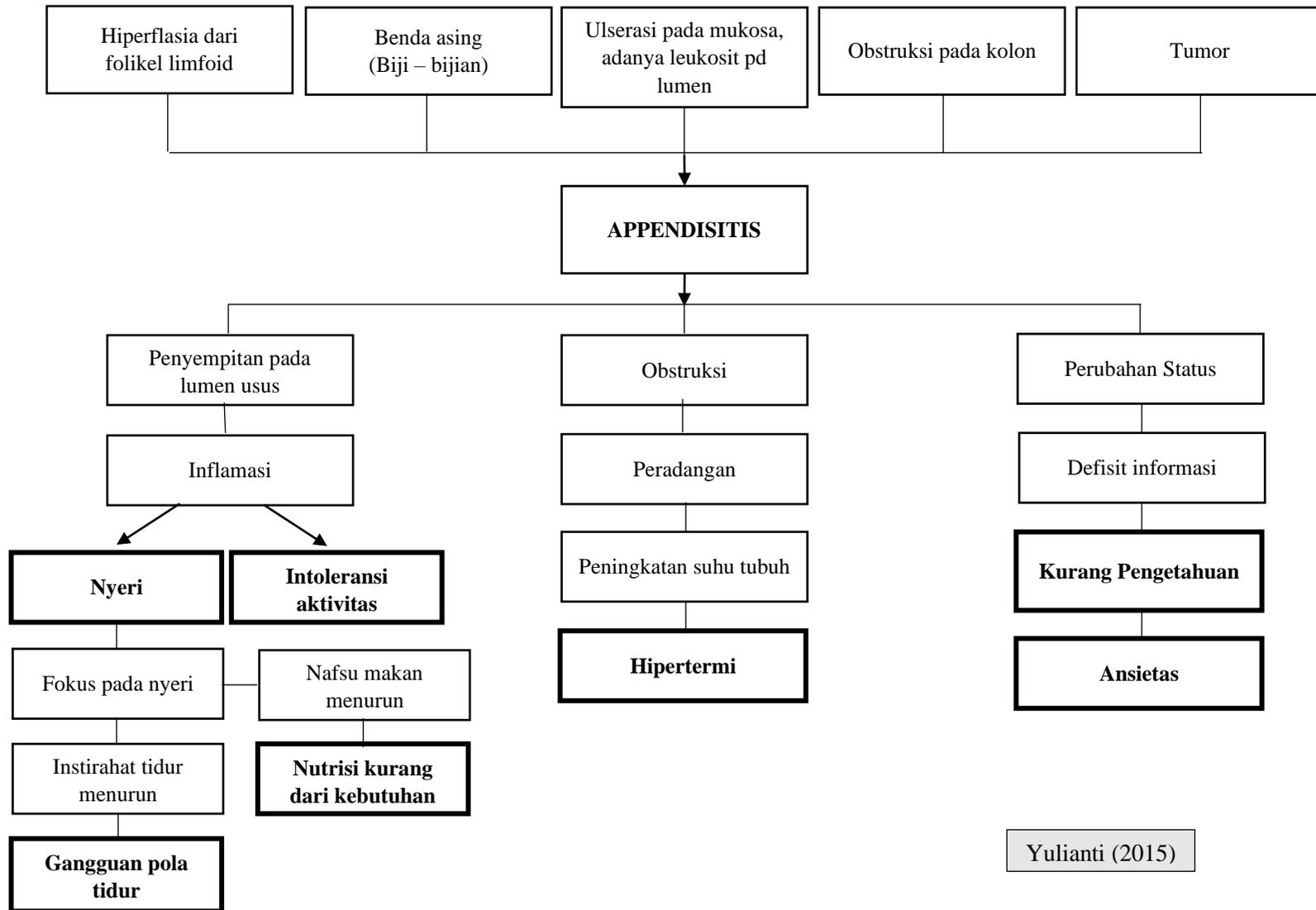
Appendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen appendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut membuat mukus yang menyebabkan mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding appendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan penekanan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Apabila 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 di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan

appendisitis supuratif akut. Kemudian apabila aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan appendisitis gangrenosa. Selain itu, dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi appendisitis perforasi. Jika semua proses di atas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis. Peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Pada anak-anak, karena omentum lebih pendek dan apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis. Apabila keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang akan memudahkan terjadinya perforasi. Sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Muttaqin & Sari, 2013).



### Bagan 1 Pathway Pre Op Appendisititis



Yulianti (2015)

### 2.1.5 Klasifikasi

Appendisitis terbagi menjadi beberapa macam menurut Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan (2022), diantaranya adalah :

a. Appendisitis akut

Appendisitis akut adalah radang pada jaringan apendiks. Appendisitis akut pada dasarnya adalah obstruksi lumen yang selanjutnya akan diikuti oleh proses infeksi dari apendiks.

b. Appendisitis Purulenta (*Suppurative Appendicitis*)

Tekanan dalam lumen yang terus bertambah disertai edema menyebabkan ter bendungnya aliran vena pada dinding apendiks dan menimbulkan trombosis. Keadaan ini memperberat iskemia dan edema pada apendiks.

c. Appendisitis kronik

Diagnosis appendisitis kronik baru dapat ditegakkan jika dipenuhi semua syarat : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik, dan keluhan menghilang setelah apendektomi. Kriteria mikroskopik appendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan infiltrasi sel inflamasi kronik. Insidens appendisitis kronik antara 1-5 persen.

d. Appendisitis rekuren

Diagnosis rekuren baru dapat dipikirkan jika ada riwayat serangan nyeri berulang di perut kanan bawah yang mendorong dan hasil patologi

menunjukkan peradangan akut. Kelainan ini terjadi bila serangan appendisitis akut pertama kali sembuh spontan..

e. Mukokel Apendiks

Mukokel apendiks adalah dilatasi kistik dari apendiks yang berisi musin akibat adanya obstruksi kronik pangkal apendiks, yang biasanya berupa jaringan fibrosa. Penderita sering datang dengan keluhan ringan berupa rasa tidak enak di perut kanan bawah. Kadang teraba massa memanjang di regio iliaka kanan. Suatu saat bila terjadi infeksi, akan timbul tanda appendisitis akut.

f. Tumor Apendiks/ Adenokarsinoma apendiks

Penyakit ini jarang ditemukan, biasa ditemukan kebetulan sewaktu apendektomi atas indikasi appendisitis akut. Karena bisa metastasis ke limfonodiregional, dianjurkan hemikolektomi kanan yang akan memberi harapan hidup yang jauh lebih baik dibanding hanya apendektomi.

g. Karsinoid Apendiks

Karsinoid Apendiks Ini merupakan tumor sel argentafin apendiks. Kelainan ini jarang di diagnosis prabedah. Sindromkarsinoid berupa rangsangan kemerahan (flushing) pada muka, sesak napas karenaspasme bronkus, dan diare yang hanya ditemukan pada sekitar 6% kasus tumor karsinoid perut.

### **2.1.6 Manifestasi Klinik**

Klien yang dilakukan tindakan apendektomi akan muncul berbagai manifestasi klinis antara lain (Wijaya & Putri, 2013) :

- a. Mual dan muntah
- b. Perubahan tanda-tanda vital
- c. Nafsu makan menurun
- d. Nyeri tekan pada luka operasi
- e. Gangguan integritas kulit
- f. Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri
- g. Demam tidak terlalu tinggi
- h. Biasanya terdapat konstipasi dan terkadang mengalami diare

### **2.1.7 Komplikasi**

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan Apendisitis. Adapun jenis komplikasi diantaranya (Wijaya & Putri, 2013) :

- a. Abses

Abses merupakan peradangan appendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis.

- b. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya appendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi dapat diketahui pra operatif 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). Perforasi, baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan peritonitis.

#### c. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oligouria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis.

### **2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan Diagnostik pada penyakit apendisitis harus dilakukan beberapa tahap test laboratorium, diantaranya (Muslim & Bahrudin, 2019) :

#### a. Laboratorium

Terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan C-reactive protein (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap ditemukan jumlah leukosit antara 10.000-18.000/mm<sup>3</sup> (leukositosis) dan neutrofil diatas 75%, sedangkan pada CRP ditemukan jumlah serum yang meningkat. CRP adalah salah satu komponen protein fase akut yang akan meningkat 4-6 jam setelah terjadinya proses inflamasi, dapat dilihat melalui proses elektroforesis serum protein. Angka sensitivitas dan spesifisitas CRP yaitu 80% dan 90%.

b. Radiologi

Terdiri dari pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan Computed Tomography Scanning (CT-scan). Pada pemeriksaan USG ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada appendiks sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalith dan perluasan dari appendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum. Tingkat akurasi USG 90-94% dengan angka sensitivitas dan spesifisitas yaitu 85% dan 92%, sedangkan CT-Scan mempunyai tingkat akurasi 94-100% dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi yaitu 90-100% dan 96-97%.

c. Analisa urin

Pada pemeriksaan ini urin normal, tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada.

d. Pemeriksaan foto polos abdomen

Pada pemeriksaan ini tidak menunjukkan tanda pasti Apendisitis, tetapi mempunyai arti penting dalam membedakan Apendisitis dengan obstruksi usus halus atau batu ureter kanan.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penderita Apendisitis meliputi penanggulangan konservatif dan operasi (Muslim & Bahrudin, 2019):

a. Penanggulangan konservatif

Penanggulangan konservatif terutama diberikan pada penderita yang tidak mempunyai akses ke pelayanan bedah berupa pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik berguna untuk mencegah infeksi.

#### b. Operasi

Bila diagnosa sudah tepat dan jelas ditemukan Apendisitis maka tindakan yang dilakukan adalah operasi membuang appendiks (appendektomi). Penundaan appendektomi dengan pemberia antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses appendiks dilakukan drainage (mengeluarkan nanah).

#### c. Pencegahan Tersier

Tujuan utama dari pencegahan tersier yaitu mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat seperti komplikasi intra abdomen. Komplikasi utama adalah infeksi luka dan abses intraperitonium. Bila diperkirakan terjadi perforasi maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis atau antibiotik.

## **2.2 Konsep Dasar Appendiktomi**

### **2.2.1 Definisi**

Apendektomi adalah pengangkatan terhadap appendiks terimplamasi dengan prosedur atau pendekatan endoskopi. Apendektomi adalah operasi yang dilakukan pada penderita usus buntu. Ketika diagonisi apendisitis telah dibuat atau memang dicurigai, maka perlu diadakan operasi apendektomi. Apendektomi harus

dilakukan beberapa jam setelah diagnosis ditegakkan dan biasanya dikerjakan melalui insisi kuadran kanan bawah (Alza, Inayati & Hasanah, 2023).

Apendiktomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan apendiks. Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Wainsani & Khoiriyah, 2020)

Post apendiktomi merupakan peristiwa setelah dilakukannya tindakan pembedahan pada apendik yang mengalami inflamasi. Kondisi post operasi dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Pasien yang telah menjalani pembedahan dipindahkan ke ruang perawatan untuk pemulihan post pembedahan (memperoleh istirahat dan kenyamanan) (Muttaqin & Sari, 2013).

Merujuk pada tiga hal tersebut penulis dapat menyimpulkan Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi dan dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses.

### **2.2.2 Etiologi**

Penyebab dilakukannya tindakan pembedahan apendisitis dikarena apendiks mengalami peradangan. Peradangan yang terjadi pada apendiks dapat menyebabkan distensi dan infeksi apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan. Faktor lainnya yang menyebabkan apendisitis yaitu adanya sumbatan pada lumen

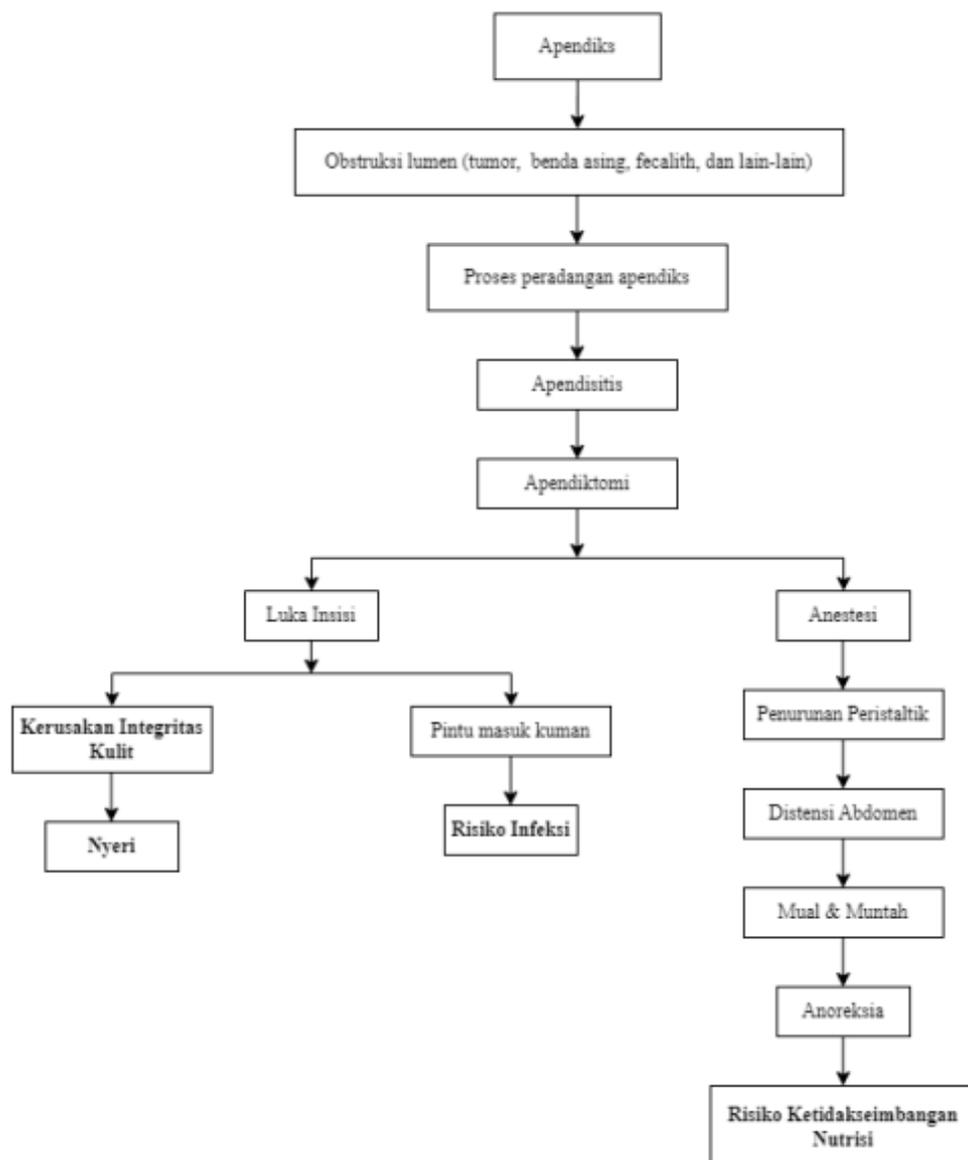
yang disebabkan karena adanya hiperplasia limfe, fekalit, tumor apendiks dan cacing akaris, selain itu apendisitis juga bisa terjadi akibat adanya erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E. Histolytica* (Mirantika, Danial & Suprpto, 2021).

### **2.2.3 Patofisiologi**

Tanda patogenik primer diduga karena adanya obstruksi lumen yang menjadi langkah awal terjadinya radang pada apendiks. Obstruksi menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbungkus sehingga meningkatkan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut menyebabkan apendiks mengalami hipoksia, hambatan aliran limfe, ulserasi mukosa, dan invasi bakteri. Apendektomi atau pembedahan pada apendiks harus segera dilakukan untuk menurunkan risiko terjadinya perforasi lebih lanjut. Tindakan apendektomi dapat menyebabkan adanya luka insisi pada abdomen sehingga terjadinya perubahan kontinuitas jaringan atau kerusakan integritas jaringan dan kulit yang menimbulkan nyeri. Saat terjadinya trauma pada jaringan, tubuh akan merespon untuk melakukan proses penyembuhan pada area tersebut (Mardalena, 2017).

Luka post op dapat mengalami infeksi apabila terdapat kuman ataupun bakteri yang masuk pada luka tersebut. Selain itu, tindakan post op apendektomi juga dapat menimbulkan ansietas sehingga terjadinya penurunan peristaltik pada usus, ditandai dengan distensi abdomen, merasakan mual dan muntah, anorexia yang bisa mengakibatkan terjadinya ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh atau defisit nutrisi (Hariyanto & Rini, 2015).

**Bagan 2 Pathway Post Operasi Apendiktomi**



(Nurarif & Kusuma, 2015)

#### **2.2.4 Macam-macam Appendiktomi**

Pembedahan pengangkatan appendik dapat dilakukan dengan appendiktomi terbuka dan appendiktomi laparaskopi (Muslim & Bahrudin, 2019) :

##### **a. Appendiktomi terbuka**

Bila appendiktomi terbuka, incise MCBurney paling banyak dipilih oleh ahli bedah MCBurney/wechselschnitt/muscle splitting adalah sayatan berubah-ubah sesuai serabut otot. Teknik appendiktomi MC Burney :

- 1) Pasien terbaring terlentang dalam anestesi umum ataupun regional kemudian dilakukan tindakan aseptis dan antisepsis pada daerah perut kanan bawah.
- 2) Dibuat sayatan menurut MC Burney sepanjang kurang lebih 10 cm dan otot-otot dinding perut dibelah secara tumpul menurut arah serabutnya, berturut-turut .
- 3) Peritoneum disayat sehingga cukup lebar untuk eksplorasi.
- 4) Sekum beserta apendiks dialuksasi keluar
- 5) Mesoapendiks dibebaskan dan dipotong dari apendiks secara biasa dari puncak ke arah biasa
- 6) Semua perdarahan dirawat.
- 7) Disiapkan tabak sad mengelilingi basis apendiks dengan sutra, basis apendiks kemudian dijahit dengan catgut.

- 8) Dilakukan pemotongan apendiks apical dari jahitan tersebut
- 9) Punting apendiks diolesi betadin
- 10) Jahitan tabac sac disimpulkan dan punting dikuburkan dalam simpul tersebut. Mesoappendiks diikat dengan sutra
- 11) Dilakukan pemeriksaan terhadap rongga peritoneum dan alat-alat di dalamnya semua perdarahan dirawat
- 12) Sekum dikembalikan ke abdomen
- 13) Sebelum ditutup peritoneum dijepit dengan minimal 4 klem dan didekatkan untuk memudahkan penutupannya. Peritoneum ini jahit jelujur dengan chromic catgut dan otot - otot dikembalikan.

b. Appendiktomi laparaskopi

Pengangkatan usus buntu ini dilakukan usus buntu akut. Appendiktomi laparaskopi ini merupakan alternatif yang baik untuk pasien dengan usus buntu akut khususnya wanita muda pada usia subur karena proses laparaskopi memiliki keunggulan diagnosa yang belum pasti. Keunggulan lainnya termasuk hasil kosmetik lebih baik, nyeri berkurang pemulihan lebih cepat. Pada appendiktomi laparaskopi, 3 bukan kecil untuk memasukkan kamera miniatur dan peralatan bedah dibuat melintang bagian bawah perut untuk mengangkat usus buntu. Ini dibandingkan dengan 4 hingga 6 cm sayatan yang dibutuhkan untuk appendiktomi terbuka.

c. Apendiktomi Laparatomi

Apendiktomi laparatomi merupakan cara pembedahan yang konvensional atau terbuka, dilakukan dengan membuat irisan pada bagian

perut sebelah kanan bawah. Panjang sayatan kurang dari 3 inci atau 7,6 cm. Dokter bedah mengidentifikasi semua organ-organ dalam perut dan memeriksa adanya kelainan organ atau penyakit lainnya. Lokasi apendiks ditarik ke bagian yang terbuka, lalu memisahkan apendiks dari semua jaringan yang ada disekitarnya dan diletakan pada sekum kemudian menghilangkannya. Jaringan tempat apendiks yang menempel sebelumnya yaitu sekum, ditutup dan dimasukkan kembali ke perut. Lapisan otot dan kulit kemudian dijahit.

### **2.2.5 Indikasi Appendiktomi**

Adapun indikasinya diantaranya (Muslim & Bahrudin, 2019) :

- a. Appendiktomi terbuka
  - 1) Apendiksitis akut
  - 2) Periapendikuler
  - 3) Appendisitis perforate
- b. Appendiktomi Laparaskopi
  - 1) Appendisitis kronik
  - 2) Appendisitis kronik

### **2.2.6 Kontraindikasi Appendiktomi**

Kontraindikasi appendiktomi laparaskopi menurut Muttaqin dan Sari (2013) adalah:

- a. Wanita dengan kehamilan trimester kedua dan ketiga
- b. Penyulit radang pelvis dan endometriosis

- c. Peritonitis akut terutama yang mengenai abdomen bagian atas, disertai dengan distensi dinding perut, sebab kelainan ini merupakan kontraindikasi untuk melakukan pneumoperitonium
- d. Diatase hemoragik sehingga mengganggu fungsi pembekuan darah
- e. Tumor abdomen yang sangat besar, sehingga sulit untuk memasukkan trocar ke dalam rongga pelvis oleh karena krikar dapat melukai tumor tersebut
- f. Hernia abdominalis, dikawatirkan dapat melukai usus pada saat memasukkan trocar kedalam rongga pelvis atau memperberat hernia pada saat melakukan pneumoperitonium
- g. Kelainan atau insufisiensi paru, jantung, hepar atau kelainan pembuluh darah vena porta, goiter atau kelainan metabolisme lainnya yang sulit untuk menyerap gas CO<sub>2</sub>.

### **2.2.7 Komplikasi**

Komplikasi post appendektomi setelah pembedahan apendik menurut Muttaqin dan Sari (2013) :

- a. Infeksi pada luka, ditandai apabila luka mengeluarkan cairan kuning atau nanah, kulit di sekitar luka menjadi merah, hangat, bengkak atau terasa semakin sakit
- b. Abses (nanah), terdapat kumpulan di dalam rongga perut dengan gejala demam dan nyeri perut
- c. Perlengketan usus, dengan gejala rasa tidak nyaman di perut, terjadi sulit buang air besar pada tahap lanjut, dan perut terasa sangat nyeri

- d. Komplikasi yang jarang terjadi seperti ileus, gangren usus, peritonitis dan obstruksi usus.

### **2.2.8 Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan Medis Apendiktomi diantaranya Muttaqin dan Sari (2013)

- a. Sebelum operasi
  - 1) Pemasangan kateter untuk kontrol produksi urine
  - 2) Rehidrasi
  - 3) Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi intravena
  - 4) Obat-obatan penurun panas, phenergan sebagai anti menggigil, largaktil untuk membuka pembuluh pembuluh darah perifer diberikan setelah rehidrasi tercapai
  - 5) Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi
- b. Operasi
  - 1) Apendiktomi
  - 2) Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami reformasi bebas maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika
  - 3) Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, masa-masanya mungkin mengecil atau abses memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari, apendiktomi dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu atau 4 bulan

c. Pasca Operasi

- 1) Observasi TTV
- 2) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah
- 3) Baringkan pasien dengan posisi semi fowler
- 4) Pasien dikatakan baik apabila 12 jam tidak terjadi gangguan selama pasien dipuasakan
- 5) Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada refortas, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus normal kembali
- 6) Berikan minum 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikan menjadi 30ml/jsm. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak
- 7) Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk tegak di tempat tidur selama 3 x 30 menit
- 8) Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar
- 9) Pada hari ke-7 jahitan pasien dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

## **2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Post Operasi Apendiktomi**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian pada pasien post operasi *appendiktomi* menurut (Wainsani & Khoiriyah, 2020) :

#### a. Data umum pasien

Fokus kajian data pasien diidentifikasi meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin (Perempuan lebih berisiko dari pada laki-laki dan rentang terjadi diusia remaja), suku bangsa, ras dan pekerjaan.

#### b. Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien dengan post operasi apendiktomi yaitu rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa saja terjadi akibat faktor pemutusan jaringan karena operasi. Disamping nyeri, keluhan utama pada pasien post operasi juga bisa mengalami pusing atau mual pasca operasi.

#### c. Riwayat Kesehatan sekarang

Riwayat Kesehatan sekarang merupakan informasi mengenai hal-hal yang menyebabkan klien mengalami keluhan hal apa saja yang bisa menyebabkan tanda-tanda risiko infeksi seperti rubor (kemerahan), calor (panas), tumor (bengkak), dolor (nyeri) dan fungsio laesa (perubahan fungsi dari jaringan yang mengalami infeksi).

#### d. Riwayat Kesehatan dahulu

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau di tanyakan pada klien tentang penyakit apa saja yang pernah di derita, riwayat operasi serta tanyakan apakah pernah masuk rumah sakit sebelumnya. Selain itu, tanyakan juga

Riwayat makanan dan kebiasaan makan yang beresiko terjadinya apendisitis.

e. Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan pada pasien mengenai riwayat penyakit keluarga seperti (Diabetes Melitus, Hipertensi, Asma) dan penyakit menular.

f. Riwayat Psikososial

1) Pola Persepsi dan Penanganan Penyakit

Pada pasien post operasi apendektomi biasanya timbul kecemasan akan kondisinya saat ini dan luka bekas operasinya.

2) Pola Kognitif dan Persepsi

Biasanya pada pasien post operasi apendektomi tidak mengalami gangguan pada pola kognitif dan persepsi. Namun perlu juga untuk dilakukan, apakah kondisinya akan berpengaruh terhadap pola kognitif dan persepsinya.

3) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pola persepsi dan konsep diri menggambarkan persepsi saat dirawat di RS. Pola ini mengkaji ketakutan, kecemasan dan penilaian terhadap diri sendiri serta dampak sakit terhadap diri pasien. Emosi pasien biasanya tidak stabil karena pasien merasa cemas terhadap luka bekas operasinya.

4) Pola Peran dan Hubungan

Pasien post operasi apendektomi biasanya tidak mengalami gangguan dalam peran dan hubungan sosial, akan tetapi harus

dibandingkan peran dan hubungan pasien sebelum sakit dan saat sakit.

#### 5) Pola Seksual dan Reproduksi

Pada pola seksual dan reproduksi biasanya pada pasien post operasi apendiktomi tidak mengalami gangguan.

#### 6) Pola Koping dan Toleransi Stress

Secara umum pasien post operasi apendiktomi tidak mengalami penyimpangan pada pola koping dan toleransi stres. Namun tetap perlu dilakukan mengenai toleransi stress pasien terhadap penyakitnya maupun tindakan perawatan yang didapatkan.

#### 7) Pola Nilai dan Keyakinan

Pada umumnya pasien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam beribadah. Perlu dikaji keyakinan pasien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

#### g. Pola Sehari-hari

##### 1) Nutrisi

Makan :

- a) Sebelum : Sering mengkonsumsi makanan yang kurang serat seperti sayuran dan buah-buahan, dan makanan pedas.
- b) Sesudah : Nafsu makan menurun dan porsi makan menjadi kurang

Minum :

- a) Sebelum Operasi : sering mengkonsumsi minuman kemasan dan

jarang meminum air putih

b) Sesudah Operasi : tidak ada keluhan

2) Eliminasi

BAB : Kadang terjadi konstipasi pada awal post operasi

BAK : Pada pasien post operasi appendiktomi mengalami penurunan haluaran/ *output* urin.

3) Tidur/ Istirahat

Pola tidur dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung bagaimana toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakannya.

4) Personal Hygiene

Upaya untuk menjaga kebersihan diri cenderung kurang.

5) Aktivitas

Biasanya pasien post operasi *appendiktomi* mengalami kelemahan.

h. Pemeriksaan fisik

Adapun pemeriksaan yang dilakukan pada kasus appendisitis (Nurarif & Kusuma, 2015):

1) Keadaan Umum

Klien post appendiktomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode akut rasa nyeri. Tanda vital (tensi darah, suhu tubuh, respirasi, nadi) umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi apendiks.

## 2) Sistem Pernapasan

Klien post appendiktomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (takipneu) serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

## 3) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stress dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

## 4) Sistem Pencernaan

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpsi. Klien post appendiktomi biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awitan awal post operasi dan penurunan bising usus. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi.

## 5) Sistem Perkemihan

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post appendiktomi. Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

## 6) Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring

post operasi dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

#### 7) Sistem Integumen

Tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

#### 8) Sistem Persarafan

Mengkaji tingkat kesadaran klien, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada klien post op appendectomy klien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan.

#### 9) Sistem Pendengaran

Pengkajian yang dilakukan meliputi: bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

#### 10) Sistem Endokrin

Klien post appendektomi tidak mengalami kelainan fungsi endokrin. Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (tiroid dan lain-lain).

#### i. Data penunjang

- 1) Pemeriksaan Laboratorium : Di lihat dari kenaikan leukosit 10.000 18.000/mm<sup>3</sup>, bila lebih maka sudah terjadi perforasi. Normalnya Tidak terjadinya peningkatan leukosit melebihi batas normal. Selain itu, untuk normalnya neutrophil diatas angka 75%.

- 2) Pemeriksaan USG Normal: Tidak tampak ada peradangan pada bagian Mc. Burney. Tidak ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendiks.
- 3) Pemeriksaan CT-Scan Normal : Tidak ditemukan bagian yang menyilang pada fecalith dan perluasan dari apendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum.
- 4) Foto polos Normal: Tidak tampak ada kelainan pada organ.

### **2.3.2 Diagnosa**

Diagnosa keparawatan yang muncul pada pasien post operasi appendiktomi menurut PPNI (2017) antara lain :

- a. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan terputusnya luka operasi (faktor mekanik).

DS :

Mengeluh nyeri dan perih

DO :

Kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit, Nyeri, Perdarahan, Kemerahan dan Hematoma.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan

DS :

Klien mengeluh nyeri

DO :

Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari

nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur, Tekanan darah meningkat, Pola napas berubah, Nafsu makan berubah, Proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri dan diaphoresis.

c. Risiko Ketidakseimbangan nutrisi b.d intake nutrisi tidak adekuat, efek sekunder akibat mual, muntah, anoreksia.

DS:

- 1) Klien mengatakan Cepat kenyang setelah makan
- 2) Klien mengatakan Kram/nyeri abdomen
- 3) Klien mengatakan Nafsu makan menurun

DO:

Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, Bising usus hiperaktif, Otot pengunyah lemah, Otot menelan lemah, Membran mukosa pucat, Sariawan, Serum albumin turun, Rambut rontok berlebihan dan Diare.

d. Risiko infeksi b.d prosedur invasive, adanya *port de entree* dari luka pembedahan

DS:

Klien mengatakan daerah lukanya mengalami pembengkakan, warna lukanya merah bening, dan lukanya mengeluarkan cairan bening

DO:

Suhu  $> 37,5^{\circ} \text{C}$ , Tampak lukanya tidak ditutup dengan balutan, Tampak adanya pembengkakan daerah luka, Tampak lukanya masih basah.dan

Warnal lukanya merah pucat.

### 2.3.3 Intervensi

Intervensi keperawatan pada pasien post operasi appendiktomi menurut PPN (2018) :

**Tabel 1 Intervensi Keperawatan**

Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
<b>Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan terputusnya luka operasi (faktor mekanik).</b>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan integritas jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfusi jaringan normal</li> <li>- Tidak ada tandatanda infeksi</li> <li>- Ketebalan dan tekstur jaringan normal</li> <li>- Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah</li> </ul>	<p><b>Observasi :</b> Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit.</p> <p><b>Terapeutik :</b> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika titah baring. 2. Gunakan produk berbahan petrolium atau</p>	<p><b>Observasi :</b> Untuk mengetahui adanya penyebab gangguan integritas kulit seperti perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas</p> <p><b>Terapeutik :</b> 1. Mengurangi tekanan dan mengubah posisi dengan sering mencegah dekubitus. 2. Menghindari kulit kering pada pasien.</p>

- 
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <p>terjadinya cedera berulang</p> <p>- Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka</p> | <p>minyak pada kulit kering.</p> <p>3. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit senditif.</p> | <p>3. Menghindari reaksi alergi dan perburukan pada kulit pasien.</p> |
|---|--|---|

**Edukasi :**

1. Anjurkan mengguakan pelembab (ex : lotion, serum).
2. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim

**Edukasi :**

1. Membantu melembabkan kulit pasien
2. Menjaga kulit dan menghindari perburukan kulit pada pasien

**Perawatan Luka**

**Observasi :**

Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)

**Terapeutik :**

1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau

**Perawatan Luka**

**Observasi :**

Untuk memantau karakteristik luka pada pasien.

**Terapeutik :**

1. Agar pasien merasa nyaman
  2. Untuk mencegah adanya infeksi
  3. Merangsang
-

---

	pembersih non toksik, sesuai kebutuhan	penyembuhan luka dengan cepat
4.	Bersihkan jaringan nekrotik	4. Membantu mempercepat penyembuhan luka
5.	Berikan salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu	5. Mempercepat kesembuhan luka
6.	Pasang balutan sesuai jenis luka	6. Balutan dapat mencegah bakteri atau kuman masuk ke daerah luka
7.	Pertahankan teknik steril saat perawatan luka	7. Mencegah kontaminasi mikroorganisme
8.	Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	8. Mencegah infeksi pada luka
9.	Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien.	9. Mencegah decubitus

**Edukasi :**

1. Anjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalium dan protein.

**Edukasi :**

1. Makanan yang mengandung kalium dan protein tinggi dapat membantu mempercepat kesembuhan luka.
-

		2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	2. Membantu keluarga dan pasien bisa melakukan perawatan luka sendiri.
		<b>Kolaborasi :</b>	<b>Kolaborasi :</b>
		1. Kolaborasi prosedur debriment (mis: autolitik)	1. Debridement merupakan prosedur pengangkatan jaringan kulit mati (nekrotik) yang terinfeksi untuk membantu penyembuhan luka.
		2. Kolaborasi pemberian antibiotik (mis: cefriaxone 1x2 amp)	2. Antibiotik merupakan jenis obat yang berfungsi melawan infeksi bakteri. Selain sebagai perlawanan, manfaat antibiotik adalah untuk mencegah terjadinya infeksi bakteri.
<b>Nyeri b.d cedera fisik</b>	Dalam waktu 3 x 24 jam pasca bedah, nyeri berkurang/hilang atau teradaptasi Kriteria evaluasi : - Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang atau dapat teradaptasi	<b>Observasi</b> 1. Identifikasi karakteristik nyeri, lokasi, durasi, frekuensim kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri	<b>Observasi</b> 1. Mengetahui lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri 2. Mengetahui seberapa parah

<p>- Skala nyeri 0-1 (0-4)</p> <p>- Dapat mengidentifikasi aktivitas yang meningkatkan atau menurunkan nyeri</p> <p>- Pasien tidak gelisah</p>	<p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p><b>Terapeutik</b> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Edukasi</b> Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu</p>	<p>rasa nyeri yang dialami oleh pasien</p> <p>3. Mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul</p> <p>4. Mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan keadaan nyerinya</p> <p><b>Terapeutik</b> Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.</p> <p><b>Edukasi</b> Pendekatan dengan menggunakan relaksasi dan non-farmakologi lainnya dengan menunjukkan keefektifan dalam mengurangi nyeri.</p> <p><b>Kolaborasi</b> Pemberian analgesic membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi/untuk mengurangi nyeri.</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Identifikasi</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. membantu</p>
<p><b>Risiko Ketidakseimbangan</b></p>	<p>Dalam waktu 3x24 jam asupan nutrisi</p>			

<p><b>nutrisi b.d intake nutrisi tidak adekuat, efek sekunder akibat mual, muntah, anoreksia</b></p>	<p>pasien terpenuhi. Kriteria evaluasi : - Pasien dapat memepertahankan status asupan nutrisi yang adekuat. - Pernyataan motivasi yang kuat untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya.</p>	<p>status nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Monitor berat badan</li> <li>4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol>	<p>mengetahui tanda dan gejala nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengetahui makanan yang pasien hindari dan tidak sukai</li> <li>3. Membantu pasien mengetahui perubahan berat badan setelah diberikan informasi tentang memenuhi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. Mengetahui hasil lab seperti glukosa, albumin, haemoglobin, elektrolit</li> </ol>
		<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>3. Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> </ol>	<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Makanan secara menarik dapat meningkatkan nafsu makan pasien.</li> <li>2. Makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi.</li> <li>3. Membantu menambah nafsu makan</li> </ol>
		<p><b>Edukasi :</b></p>	

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu</li> <li>2. Ajarkan diet yang di programkan</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>	<p style="text-align: right;">pasien.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu pasien pada saat makan</li> <li>2. Meningkatkan pencapaian dan mempertahankan berat badan yang sehat serta gaya hidup yang lebih kuat dan aktif.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Kolaborasi</b></p> <p>Diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien</p>
<p><b>Risiko infeksi b.d prosedur invasive, adanya port de entree dari luka pembedahan</b></p>	<p>Dalam waktu 12 x 24 jam tidak terjadi infeksi, terjadi perbaikan pada integritas jaringan lunak.</p> <p>Kriteria evaluasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jahitan dilepas pada hari ke-12 tanpa adanya tanda-tanda infeksi dan peradangan pada area luka pembedahan.</li> <li>- Leukosit dalam batas normal.</li> <li>- TTV dalam</li> </ul>	<p><b>Observasi</b></p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi local dan siskemik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan kulit pada area edema</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <p>Mengetahui tindakan yang akan dilakukan.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah risiko infeksi</li> <li>2. Cuci tangan dapat mencegah risiko infeksi</li> <li>3. Teknik aseptik menghindari pasien</li> </ol>

---

batas normal.

mengalami infeksi

**Edukasi**

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
3. Ajarkan etika batuk
4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

**Edukasi**

1. Memberikan penjelasan membuat pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi
2. Memberikan penjelasan membuat pasien mengetahui cara mencuci tangan dengan benar
3. Memberikan penjelasan membuat pasien mengetahui etika batuk
4. Memberikan penjelasan agar pasien memeriksa kondisi luka atau operasi
5. Memberikan penjelasan agar pasien meningkatkan asupan nutrisi
6. Memberikan penjelasan agar pasien meningkatkan asupan cairan

**Kolaborasi**

Imunisasi mencegah terjadinya infeksi

---

---

---

#### **2.3.4 Implementasi**

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Panjaitan & Charolina, 2019).

Pada tahap ini perawat menggunakan semua kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus pada klien post operasi apendiktomi. Fokus tindakan yang diberikan mengenai perawatan luka operasi dan pola asuh perawat agar tidak terjadi tanda-tanda risiko infeksi dengan cara perawatan luka yang stesil. Selain itu, pemberian nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka, pemberian antibiotik, dan monitoring tanda-tanda infeksi.

#### **2.3.5 Evaluasi**

Evaluasi menurut Hidayat (2019) yaitu adalah tahap akhir yang bertujuan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak

untuk mengatasi suatu masalah. Pada pasien post op appendiktomi diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam didapatkan hasil sesuai tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan yaitu integritas jaringan meningkat. Selain itu, indikator yang lainnya penurunan intensitas nyeri, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, dan status nutrisi membaik.

## **2.4 Konsep Dasar Gangguan Kebutuhan Dasar Rasa Aman : Kerusakan Integritas Kulit**

### **2.4.1 Definisi kebutuhan rasa aman**

Rasa aman adalah sesuatu kebutuhan yang mendorong individu untuk memperoleh ketentraman, kepastian dan keteraturan dari keadaan lingkungannya yang mereka tempati. Keamanan adalah kondisi bebas dari cedera fisik dan psikologis (Ayunda, 2019).

Kebutuhan rasa aman merupakan tingkatan kedua yang menekankan kepada kebutuhan akan rasa aman dan keselamatan pada setiap individu manusia sehingga mampu memberikan rasa nyaman dan tenang pada aktivitas kehidupannya (Maslow & Afifah., 2021).

Aman adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis. Pemenuhan kebutuhan keamanan dilakukan untuk menjaga tubuh bebas dari kecelakaan baik pasien, perawat atau petugas lainnya yang bekerja untuk pemenuhan kebutuhan tersebut (Husaeni & Haris, 2020).

Merujuk pada ketiga hal tersebut penulis dapat menyimpulkan kebutuhan rasa aman merupakan kebutuhan seseorang untuk mendapatkan rasa aman dan tenang, baik aman diri ataupun lingkungan demi menciptakan kenyamanan dalam beraktivitas.

#### **2.4.2 Aspek-aspek Kebutuhan Rasa Aman**

Maslow mengelompokkan kebutuhan rasa aman menjadi dua aspek yaitu aspek fisik dan psikologis, sebagai berikut (Yuliana, 2019):

a. Rasa aman fisik

Rasa aman fisik yang dimaksud berupa keadaan yang berkaitan dengan kondisi fisik seperti stabilitas, ketergantungan, perlindungan dan kebebasan dari ancaman pada tubuh dan kehidupan ataupun lingkungan sosial seperti bahaya, kerusakan, kriminalitas, takut, cemas dan lain sebagainya. Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas lebih dahulu di atas pemenuhan kebutuhan psikologis.

b. Rasa aman psikologis

Rasa aman psikologis antara lain perlakuan yang manusiawi, seperti perlakuan yang baik dari lingkungan sosial dan hubungan interpersonal yang baik. Demi mendapatkan rasa aman secara psikologis, seorang manusia harus memahami apa yang diharapkan dari orang lain, termasuk anggota keluarga. Seseorang harus mengetahui apa yang diharapkan dari prosedur, pengalaman yang baru, dan hal-hal yang dijumpai dalam lingkungan. Setiap orang merasakan beberapa ancaman keselamatan psikologis pada pengalaman yang baru dan yang tidak dikenal.

### **2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan rasa aman**

Maslow mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan rasa aman (Yuliana, 2019) :

a. Privasi dan Respek

Sebuah kontrol seleksi untuk berhubungan dengan diri atau kelompoknya. Kontrol selektif ini merupakan suatu proses dinamis yang aktif dan dinamis dimana privasi dapat berubah setiap saat sesuai dengan kondisi yang terjadi.

b. Cinta dan Penerimaan sosial

Kehangatan yang dirasakan individu dimana individu akan merasa terlibat dan memiliki sehingga merasa bahwa dirinya bagian dari lingkungannya.

c. Emosi

Kecemasan, depresi dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.

d. Status Mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko injury.

e. Gangguan persepsi sensory

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.

f. Keadaan imunitas

Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.

g. Tingkat kesadaran

Pada pasien koma, respon akan menurun terhadap rangsangan.

h. Gangguan tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

#### **2.4.4 Definisi kerusakan Integritas Kulit**

Kerusakan integritas jaringan kulit adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami atau beresiko terhadap kerusakan jaringan epidermis dan dermis atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen) (PPNI, 2017).

Kerusakan integritas kulit merupakan keadaan dimana individu beresiko mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit dikutip dalam (Simatupang, Yemina & Gayamana 2022).

Kerusakan integritas kulit adalah kerusakan pada epidermis atau dermis. Faktor yang berhubungan dengan kerusakan integritas kulit ada dua yaitu internal dan eksternal. Faktor internalnya seperti faktor mekanik misalnya daya gesek, tekanan, imobilisasi, sedangkan faktor eksternalnya seperti gangguan metabolisme gangguan neuropati perifer, gangguan sensasi misalnya apendektomi (Herman & Shigemi, 2015).

Merujuk pada tiga hal tersebut maka penulis dapat menyimpulkan bahwa Kerusakan integritas kulit merupakan kondisi individu mengalami atau beresiko

untuk mengalami perubahan pada jaringan, kornea, atau membran mukosa tubuh yang disebabkan oleh daya gesek, tekanan, imobilisasi, gangguan metabolisme, gangguan neuropati perifer, dan ganggaun sensasi.

#### **2.4.5 Faktor Risiko**

Adapun faktor risiko gangguan integritas kulit menurut PPNI (2017), yaitu

- a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c. Kekurangan atau kelebihan volume cairan
- d. Penurunan mobilitas
- e. Bahan kimia iritatif
- f. Suhu lingkungan yang ekstrem
- g. Faktor mekanik (misalnya terputusnya jaringan akibat luka operasi) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h. Adanya penekanan pada tonjolan tulang, gesekan
- i. Terapi radiasi
- j. Kelembapan
- k. Proses penuaan
- l. Neuropati perifer
- m. Perubahan pigmentasi
- n. Perubahan hormonal
- o. Penekanan pada tonjolan tulang
- p. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

#### **2.4.6 Tanda dan Gejala**

Menurut PPNI (2017) tanda dan gejala untuk diagnosa kerusakan integritas kulit adalah:

a. Tanda dan gejala mayor :

Subyektif : -

Objektif : kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.

b. Tanda dan gejala minor :

Subjektif : -

Objektif : Nyeri, Perdarahan, Kemerahan, Hematoma.

#### **2.4.7 Kondisi Klinis**

Kondisi klinis yang memiliki risiko gangguan integritas kulit, antara lain (PPNI, 2017) :

a. Imobilisasi

b. Gagal jantung kongestif

c. Gagal ginjal

d. Diabetes Melitus

e. Imunodefisiensi (mis. AIDS)

f. Kateterisasi jantungg

#### **2.4.8 Dampak gangguan Integritas Kulit**

Menurut Wijaya (2013), dampak apabila terjadi gangguan integritas kulit sebagai berikut :

- a. Nyeri daerah luka tekan
- b. Intoleransi aktivitas
- c. Gangguan pola tidur
- d. Penyebaran infeksi sehingga memperlambat proses penyembuhan.

#### **2.4.9 Komplikasi**

Menurut terdapat komplikasi akibat gangguan integritas kulit (Simatupang, Yemina & Gayamana, 2022), yaitu :

- a. Neuropati sensorik yang menyebabkan hilangnya perasaan nyeri dan sensibilitas tekanan.
- b. Neuropati otonom yang menyebabkan timbulnya peningkatan kekeringan akibat penurunan perspirasi.
- c. Vaskuler perifer yang menyebabkan sirkulasi buruk yang menghambat lamanya kesembuhan luka sehingga menyebabkan terjadinya komplikasi ulkus dekubitus.

#### **2.4.10 Pencegahan Integritas Kulit**

Menurut Maharani (2016) mencegah kulit kering dapat menjadi faktor untuk membantu mencegah serangan penyakit kulit eksim. Beberapa cara untuk membantu pencegahan kerusakan integritas kulit, antara lain :

- a. Mengurangi frekuensi mandi, jangan terlalu sering mandi, karena kalau terlalu sering basah maka akan susah keringnya.
- b. Meningkatkan integritas kulit dengan menghindari dari cubitan dan garukan.
- c. Masase dengan lembut kulit sehat disekitar yang sakit. Jangan dilakukan pada area yang kemerahan.