

An anatomical illustration of the human large intestine (colon) is shown in a reddish-brown color, set against a light blue background of a human torso. The text is overlaid on the image. The name 'ELISA OKTAVIANA' is enclosed in a red, hand-drawn cloud-like shape in the upper left. The word 'MODUL' is at the top center. The main title is centered in the middle of the image.

ELISA OKTAVIANA

MODUL

**PEMERIKSAAN
FISIK SISTEM
PENCERNAAN
PADA PASIEN
APPENDICITIS**

MODUL

**PEMERIKSAAN FISIK SISTEM PENCERNAAN PADA PASIEN
APPENDICITIS**



ELISA OKTAVIANA, S.Kep., Ners., M.Kep.

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YARSI MATARAM
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS TAHAP AKADEMIK**

2021

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan modul ini tepat pada waktunya.

Salawat serta salam tak lupa pula penulis haturkan kepada junjungan alam nabi besar Muhammad SAW, seorang nabi yang telah membawa kita dari zaman kegelapan menuju jaman yang terang benerang seperti yang kita rasakan seperti saat sekarang ini. Ucapan terimakasih juga kami haturkan kepada Kedua orang tua, suami dan anak-anakku tercinta yang telah ikut serta dalam memberikan dukungan dalam penulisan **“MODUL PEMERIKSAAN FISIK SISTEM PENCERNAAN PADA PASIEN APPENDICITIS”** berdasarkan beberapa sumber buku dan jurnal yang diperoleh. Penulis berusaha menyajikan makalah ini dengan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti.

Kami mengucapkan banyak terima kasih kepada rekan-rekan yang telah memberikan sumbang dan sarannya untuk menyelesaikan modul ini ini. Penulis menyadari dalam pembuatan makalah ini masih banyak kesalahan dan kekurangan, hal ini disebabkan terbatasnya kemampuan pengetahuan dan pengalaman yang penulis miliki. Semoga moul ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua. Aamiin.

Mataram, 19 Maret 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DESKRIPSI MATA KULIAH.....	iv
KOPETENSI	v
STRATEGI CAPAIAN KOMPETENSI.....	iv
PETUNJUK PRAKTIKUM.....	v
TUGAS MAHASISWA	viii
TUGAS FASILITATOR	ix
PEMERIKSAAN FISIK.....	1
SISTEM PENCERNAAN.....	2
APPENDICITIS	13
CHECKLIST	28
EVALUASI	29
KESIMPULAN.....	30
DAFTAR PUSTAKA	

DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah ini berfokus pada pemenuhan kebutuhan klien dewasa dengan gangguan sistem pencernaan. Pemberian asuhan keperawatan pada kasus gangguan sistem pencernaan berdasarkan proses keperawatan dengan mengaplikasikan ilmu biomedik seperti biologi, histologi, biokimia, anatomi, fisiologi, patofisiologi, ilmu keperawatan medikal bedah, ilmu penyakit dalam, farmakologi, nutrisi, bedah dan rehabilitasi. Gangguan dari sistem tersebut meliputi gangguan peradangan, kelainan degenerative, keganasan dan trauma, yang termasuk dalam 10 kasus terbesar baik lokal, regional, nasional dan internasional. Lingkup bahasan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi asuhan terhadap klien. Intervensi keperawatan meliputi terapi modalitas Keperawatan pada berbagai kondisi termasuk terapi komplementer. Proses pembelajaran dilakukan melalui collaborative learning (CL) dan Belajar Berdasarkan Masalah (BDM) dan praktik laboratorium memberikan pendidikan kesehatan, menjalankan fungsi advokasi bagi klien/keluarganya dengan menerapkan komunikasi efektif, serta membuat keputusan dengan mempertimbangkan aspek legal dan etik. Disamping itu kegiatan belajar mahasiswa berorientasi pada pencapaian kemampuan berfikir sistematis, komprehensif dan kritis dalam mengaplikasikan konsep dengan pendekatan proses keperawatan sebagai dasar penyelesaian masalah serta mengembangkan sikap profesional (pengembangan soft skills) melalui beberapa model belajar yang relevan.

KOPETENSI

Setelah mengikuti proses pembelajaran mata ajar keperawatan pencernaan diharapkan mahasiswa Fakultas Keperawatan

1. Memiliki konsep pemahaman sebagai tenaga perawat profesional (Ners) di bidang pencernaan dengan menerapkan teori dan prinsip ilmu dasar keperawatan dan ilmu keperawatan dasar yang terkait.
2. Mampu menjelaskan patofisiologi pada klien dengan gangguan pada sistem pencernaan dan gastrointestinal.
3. Mampu menjelaskan penatalaksanaan diagnostik, medis, dan keperawatan pada klien dengan gangguan pada sistem pencernaan dan gastrointestinal.
4. Mampu melakukan pemeriksaan fisik pada klien dengan gangguan sistem pencernaan.

STRATEGI CAPAIAN KOMPETENSI

1. PENCAPAIAN KOMPETENSI KOGNITIF

Mahasiswa diwajibkan untuk melakukan pembelajaran mandiri (Self Directed Learning) untuk mencapai kompetensi kognitif yang diharapkan. Kompetensi kognitif yang diharapkan dalam pembelajaran praktikum keperawatan Pencernaan adalah:

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan pelaksanaan dari setiap prosedur yang dilakukan
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan tahapan pelaksanaan dari setiap prosedur yang dilakukan (persiapan, pelaksanaan, evaluasi) secara sistematis.

2. PENCAPAIAN KOMPETENSI AFEKTIF

- a. Penilaian pada aspek afektif akan dilakukan oleh fasilitator secara terintegrasi pada setiap kegiatan pencapaian kompetensi kognitif maupun pencapaian kompetensi psikomotor
- b. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus gangguan sistem pencernaan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek legal dan etis

- c. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus gangguan sistem pencernaan dan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek legal dan etis
- d. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah sistem pencernaan.
- e. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada sekelompok klien dengan gangguan system pencernaan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek legal dan etis
- f. Melaksanakan fungsi advokasi pada kasus dengan gangguan sistem pencernaan pada klien dewasa
- g. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan gangguan sistem pencernaan pada klien dewasa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif.

3. PENCAPAIAN KOMPETENSI PSIKOMOTOR

Pencapaian kompetensi tindakan psikomotor yang diharapkan adalah mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik sistem pencernaan pada pasien dengan kasus Appendicitis.

PETUNJUK PRAKTIKUM

Pelaksanaan praktikum dilakukan dengan metode *Practice Rahearsal Pears* (praktek berpasangan) dimana tahapan pelaksanaannya sebagai berikut:

1. Fasilitator menentukan topik pembelajaran praktikum yang akan dilakukan.
2. Fasilitator menentukan pasangan dari masing-masing kelompok.
3. Setelah fasilitator membentuk pasangan-pasangan, fasilitator meminta kepada penjelas atau demonstrator menjelaskan atau mendemonstrasikan cara mengerjakan keterampilan yang telah ditentukan, pengecek/pengamat bertugas mengamati dan menilai penjelasan atau demonstrasi yang dilakukan temannya.
4. Fasilitator meminta kedua pasangan untuk bertukar peran, yaitu demonstrator kedua diberi keterampilan yang lain.
5. Fasilitator meminta mahasiswa untuk melakukan keterampilan atau prosedur tersebut dilakukan sampai selesai dan dapat dikuasai oleh peserta didik.
6. Setiap mahasiswa wajib mengikuti kegiatan praktikum (100% kehadiran) sesuai dengan jadwal yang telah disepakati oleh fasilitator, kelompok, dan masing-masing pasangan dalam kelompok.
7. Setiap mahasiswa wajib mentaati tata tertib praktikum.

TUGAS MAHASISWA

1. Mahasiswa wajib mempelajari materi praktikum sebelum pelaksanaan praktikum dilaksanakan bersama dengan pasangannya yang telah ditunjuk oleh fasilitator sesuai dengan modul praktikum yang telah diberikan.
2. Mahasiswa dalam kelompok wajib melakukan praktek secara berpasangan dan dapat menghubungi fasilitator jika diperlukan dalam penguatan pelaksanaan prosedur yang dilakukan.
3. Mahasiswa diharapkan aktif dalam berlatih untuk melakukan keterampilan yang telah ditetapkan bersama kelompok pasangannya.

TUGAS FASILITATOR

1. Menjelaskan keterampilan yang akan dilatih kepada mahasiswa pada awal pertemuan.
2. Memfasilitasi dan mendampingi mahasiswa dalam kelompok yang ditunjuk setiap kali melakukan keterampilan yang ditetapkan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan oleh kelompok dan fasilitator (masing-masing kelompok maksimal 5x pertemuan sekaligus evaluasi).
3. Membagi pasangan mahasiswa dalam kelompok untuk berperan sebagai mahasiswa dan demonstrator dari setiap keterampilan yang diajarkan.
4. Melakukan evaluasi dari masing-masing pasangan mahasiswa terkait dengan pencapaian keterampilan yang diharapkan.

PEMERIKSAAN FISIK SISTEM PENCERNAAN PADA PASIEN DENGAN KASUS APPENDICITIS

A. PEMERIKSAAN FISIK

1. Pengertian Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari pasien untuk mengetahui keadaan atau kelainan dari pasien. Pemeriksaan fisik dilakukan secara detail dimulai dari *head to toe* guna mendapatkan data yang akurat dari pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik adalah untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum dari klien dan untuk mengetahui juga apabila terdapat kelainan pada klien. Bila keadaan umum klien baik maka harus dipertahankan jangan sampai daya tahan tubuh menurun, dan jika terdapat kelainan maka harus segera diobati agar tidak mengganggu system tubuh yang lain (Kusyati, 2006).

2. Pinsip Dasar Dan Teknik Pemeriksaan Fisik

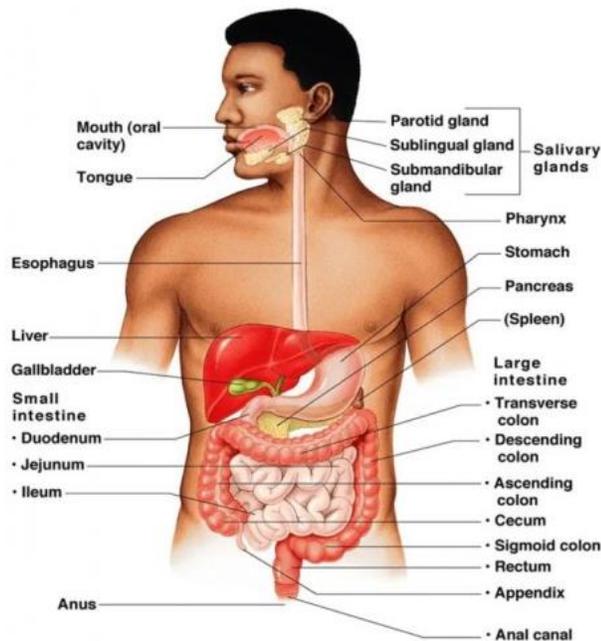
Dalam melakukan pemeriksaan fisik terdapat teknik dasar yang harus dipahami, yakni (Kusyati, 2006) :

- a. Inspeksi, merupakan proses pengamatan atau observasi untuk mendeteksi masalah kesehatan pasien. Cara efektif untuk melakukan inspeksi adalah sebagai berikut :
 - 1) Atur posisi sehingga bagian tubuh dapat diamati secara detail.
 - 2) Berikan pencahayaan cukup.
 - 3) Lakukan inspeksi untuk area sisi tubuh dan bandingkan dengan bagian tubuh lainnya.
 - 4) Jangan melakukan secara buru-buru.
- b. Palpasi, merupakan pemeriksaan dengan bantuan indra peraba yaitu tangan menentukan ketahanan, kekenyalan, kekerasan, tekstur dan mobilitas. Pada palpasi yang membutuhkan kelembutan dan sensitivitas dianjurkan menggunakan tangan bagian palmar, sedangkan untuk temperature hendaknya menggunakan bagian belakang tangan dan jari.

- c. Perkusi, pemeriksaan dengan melakukan ketukan pada bagian tubuh yang diperiksa dengan ujung-ujung jari untuk mengetahui ukuran, batasan, konsistensi, organ-organ tubuh, dan mengetahui adanya cairan dalam rongga tubuh. Ada dua cara dalam perkusi yaitu langsung dengan cara mengetuk langsung dengan menggunakan satu atau dua jari, sedangkan tidak langsung dengan cara menempatkan jari tangan di atas permukaan tubuh dan jari tangan lain yang mengetuk pada bagian atas jari yang telah berada di atas tubuh yang akan diperiksa.
- d. Auskultasi, dengan cara mendengarkan bunyi yang dihasilkan tubuh melalui stetoskop. Auskultasi dapat digunakan untuk mendengarkan antara lain :
 - a. Frekuensi atau siklus gelombang bunyi.
 - b. Kekerasan atau amplitudo.
 - c. Kualitas dan lamanya bunyi.

B. Sistem Pencernaan

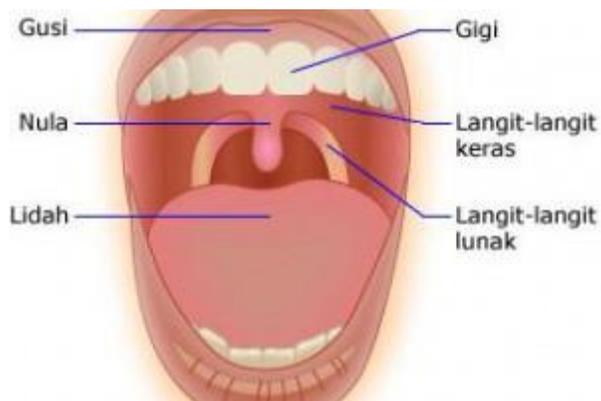
Saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan (laring), lambung, usus halus, usus besar, rectum dan anus. Sistem pencernaan juga meliputi organ-organ yang terletak diluar saluran pencernaan, yaitu pankreas, hati dan kandung empedu.



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan

a) Mulut

Mulut adalah organ pertama dalam proses pencernaan yaitu sebagai tempat masuknya makanan dan dimulainya proses pencernaan seperti menggigit, mengunyah dan memotong makanan. Di dalam mulut terdapat **gigi**, **lidah** dan **kelenjar ludah**. Di dalam mulut terjadi proses pencernaan makanan secara mekanik oleh gigi dan kimiawi oleh enzim amilase.

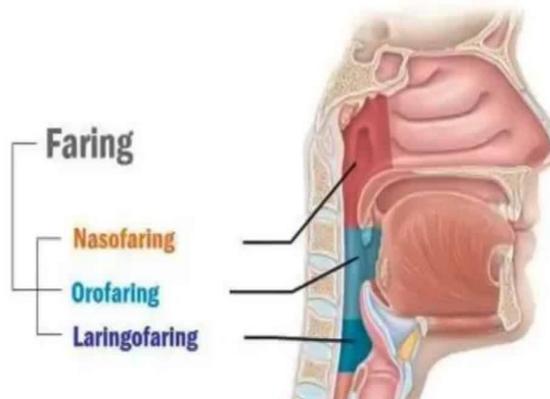


Gambar 2.2 Anatomi Mulut

Struktur utama dari mulut terdiri dari bibir yaitu dua struktur seluler dan otot yang membentuk pintu masuk ke mulut. Bibir menandai transisi dari kulit membran mukosa yang lembab, pada ruang depan yaitu ruang antara jaringan lunak (bibir dan pipi), dan gigi dan gusi terdapat sekresi dari kelenjar ludah parotis, yang terletak samapi di depan telinga dan di belakang sudut rahang, pada rongga mulut dibatasi oleh beberapa struktur. Lengkungan alveolar (struktur tulang yang mengandung gigi) mengelilingi rongga mulut di depan dan di sisi dimana terdapat jaringan yang keras dan lembut, dan di bawahnya terdapat lidah. Rongga mulut tetap basah oleh sekresi dari kelenjar ludah submaksilaris dan sublingual terletak di dasar mulut atau di bawah lidah. Gusi yang terdiri dari jaringan fibrosa dan padat yang melapisi lengkung alveolar dan perekat gigi. Gigi orang dewasa terdiri dari dua set gigi selama seumur hidup. Rata-rata anak memiliki 20 gigi primer mereka (atau susu atau bayi) gigi pada usia tiga tahun. Gigi primer mulai tanggal antara usia sekitar enam dan tujuh tahun, dan secara bertahap digantikan oleh gigi tetap (atau sekunder pada orang dewasa), di sekitar 21 tahun, rata-rata orang memiliki 32 gigi permanen yaitu 16 di rahang atas dan 16 di rahang bawah. Langit-langit mulut terdiri dari jaringan keras dan lunak. Langit-langit keras adalah atap tulang mulut. Langit-langit lunak adalah lipatan membran yang menggantung antara rongga mulut dan bagian belakang tenggorokan. Terdapat pula jaringan kecil yang menggantung yang dapat dilihat ketika berkata 'ah' disebut nula. Lidah terdiri dari hampir seluruhnya serat otot. Hal ini dibagi menjadi bagian yaitu bagian oral (tip, blade, depan, tengah dan belakang) samapi ke tenggorokan. Lidah juga berperan sebagai indera perasa, bergerak saat berbicara dan menelan. Kelenjar ludah minor membuat cairan bening (air liur) yang membuat mulut lembab dan mengandung enzim untuk memecah makanan. Kelenjar ini ditemukan di berbagai lokasi di sekitar mulut, termasuk pipi bagian dalam.

b) Tenggorokan (Faring)

Faring adalah salah satu organ tubuh yang dikenal sebagai tenggorokan bagian bawah tengkorak ke tulang rawan krikoid di trakea. Namun faring tidak hanya berfungsi sebagai saluran udara yang akan memproses makanan dan air akan tetapi dapat membantu berbicara.

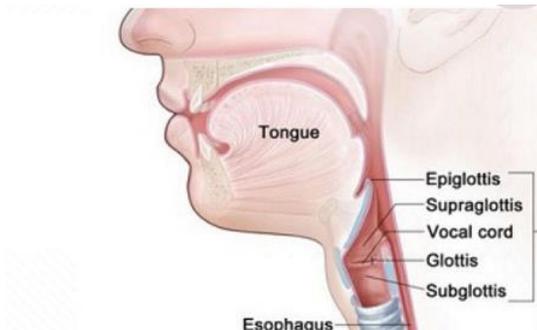


Gambar 2.3 Anatomi Faring

Faring berfungsi sebagai jalur udara di bagian tenggorokan, Faring juga berfungsi sebagai sistem pernapasan dengan berperan sebagai jalan udara yang masuk ke dalam tubuh .

c) Laring (Kerongkongan)

Laring adalah tabung (tube) berotot pada vertebrata yang dilalui sewaktu makanan mengalir dari bagian mulut ke dalam lambung. Makanan berjalan melalui kerongkongan dengan menggunakan proses peristaltik. Sering juga disebut esofagus.

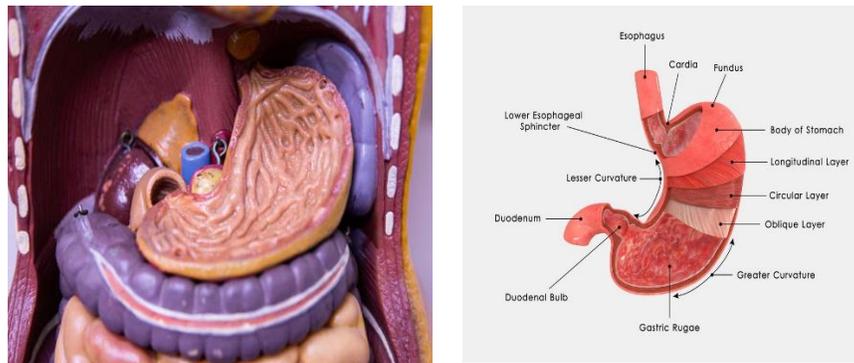


Gambar 2.3 Anatomi Faring

Esofagus bertemu dengan faring pada ruas ke-6 tulang belakang. Menurut histologi, esofagus dibagi menjadi tiga bagian yaitu bagian superior (sebagian besar adalah otot rangka), bagian tengah (campuran otot rangka dan otot halus), serta bagian inferior (terutama terdiri dari otot halus).

d) Lambung

Lambung adalah bagian terpenting dalam proses pencernaan. Organ pencernaan yang berbentuk menyerupai huruf *J* ini memiliki sejumlah fungsi penting.



Gambar 2.4 Anatomi Lambung

Ada pun sejumlah fungsi utama lambung dalam sistem pencernaan, yakni:

- * Tempat penyimpanan makanan sementara,
- * Memecah asam dari makanan yang dikonsumsi, dan
- * Mengirimkan makanan ke fase berikutnya menuju usus kecil.

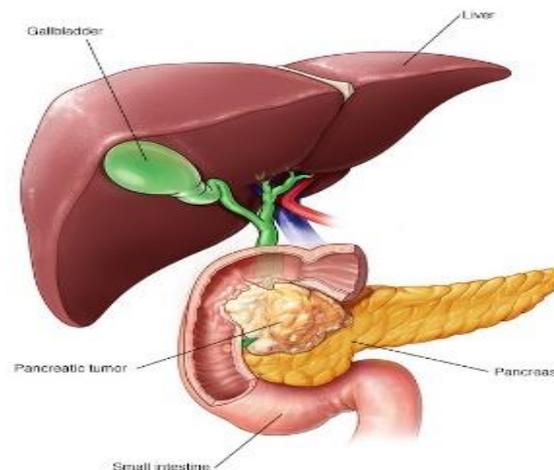
Pada saat makanan sampai di lambung, makanan mengalami proses pencernaan, baik secara mekanik maupun kimiawi. Pencernaan mekanik adalah proses yang melibatkan lapisan otot lambung guna menghancurkan makanan menjadi lebih kecil dan halus. Sementara itu, proses pencernaan kimiawi memanfaatkan asam lambung, enzim pencernaan, serta hormon pencernaan lainnya. Proses ini bertujuan untuk memecah zat gizi, terutama

protein, menjadi molekul kecil yang mudah diolah oleh usus halus. Lambung berfungsi sebagai gudang makanan, yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting yaitu:

- * Lendir yang berfungsi melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung. Setiap kelainan pada lapisan lendir ini, bisa menyebabkan kerusakan yang mengarah kepada terbentuknya tukak lambung.
- * Asam klorida (HCl) yaitu cairan yang menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.
- * Prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein).

e) Pankreas

Pankreas adalah organ pada sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama yaitu menghasilkan enzim pencernaan serta beberapa hormon penting seperti insulin. Pankreas terletak pada bagian posterior perut dan berhubungan erat dengan duodenum (usus dua belas jari).



GAMBAR 2.9 ANATOMI PANKREAS, EMPEDU DAN HATI

Pankreas terdiri dari 2 jaringan dasar yaitu asini yang berfungsi menghasilkan enzim-enzim pencernaan dan pulau pankreas yang berfungsi menghasilkan hormon. Pankreas melepaskan enzim pencernaan ke dalam duodenum dan melepaskan hormon ke dalam darah. Enzim yang dilepaskan oleh pankreas akan mencerna protein, karbohidrat dan lemak. Enzim proteolitik memecah protein ke dalam bentuk yang dapat digunakan oleh tubuh dan dilepaskan dalam bentuk inaktif. Enzim ini hanya akan aktif jika telah mencapai saluran pencernaan. Pankreas juga melepaskan sejumlah besar sodium bikarbonat, yang berfungsi melindungi duodenum dengan cara menetralkan asam lambung.

f) Hati

Hati merupakan sebuah organ yang terbesar di dalam badan manusia dan memiliki berbagai fungsi, beberapa diantaranya berhubungan dengan pencernaan. Organ ini berperan penting dalam metabolisme dan memiliki beberapa fungsi dalam tubuh termasuk penyimpanan glikogen, sintesis protein plasma, dan penetralan obat. Zat-zat gizi dari makanan diserap ke dalam dinding usus yang kaya akan pembuluh.

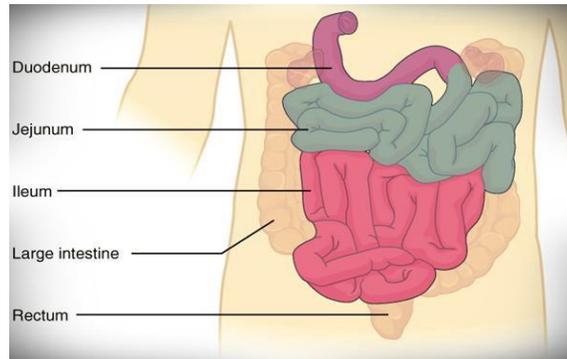
g) Kandung Empedu

Kandung empedu adalah organ berbentuk buah pir yang dapat menyimpan sekitar 50 ml empedu yang dibutuhkan tubuh untuk proses pencernaan. Pada manusia, panjang kandung empedu adalah sekitar 7-10 cm dan berwarna hijau gelap (bukan karena warna jaringannya, melainkan karena warna cairan empedu yang dikandungnya). Organ ini terhubung dengan hati dan usus dua belas jari melalui saluran empedu. Empedu memiliki 2 fungsi penting yaitu membantu pencernaan dan penyerapan lemak serta berperan dalam pembuangan limbah tertentu dari tubuh, terutama haemoglobin (Hb) yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol.

h) Usus Halus

Usus halus adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara

lambung dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula dan lemak.



Gambar 2.5 Anatomi Usus Halus

i) Usus dua belas jari (duodenum)

Usus dua belas jari merupakan bagian usus halus yang terletak setelah lambung sampai sebelum usus kosong. Usus ini memiliki panjang sekitar 25 hingga 35 cm, dan merupakan bagian usus halus yang terpendek. Dalam kondisi normal, pHnya berkisar antara 9. Di usus dua belas jari terdapat struktur histologis berupa kelenjar brunner yang menghasilkan lendir basa untuk menetralkan pH makanan yang keluar dari lambung. Berikut adalah fungsi usus halus yang dimiliki oleh usus dua belas jari:

- * Membantu mencerna makanan agar lebih lembut dan halus
- * Membantu penyerapan nutrisi dalam makanan
- * Menghasilkan enzim yang diperlukan dalam sistem pencernaan (enzim enterokinase, maltase, laktase, sukrase, peptidase, lipase, erepsin, disakrase, nuklease, dsb)
- * Membentuk mukosa otot untuk membantu pencernaan makanan
- * Memiliki lendir yang dihasilkan oleh kelenjar brunner

- * Membantu proses penyerapan protein, karbohidrat dan zat gula, asam amino, asam lemak
- * Sebagai sistem imun
- * Sebagai muara dari saluran penting tubuh

j) Usus kosong (jejenum)

Usus kosong merupakan bagian tengah dari usus halus, yaitu setelah usus dua belas jari. Usus ini memiliki panjang 1 hingga 3 meter. Usus ini memiliki luas permukaan yang besar serta terdapat tonjolan yang disebut dengan villi. Villi ini memiliki fungsi untuk menyerap nutrisi dalam makanan. Usus dua belas jari dan usus kosong dapat dibedakan dari keberadaan kelenjar brunner dan villi. Berikut adalah fungsi yang dimiliki usus kosong:

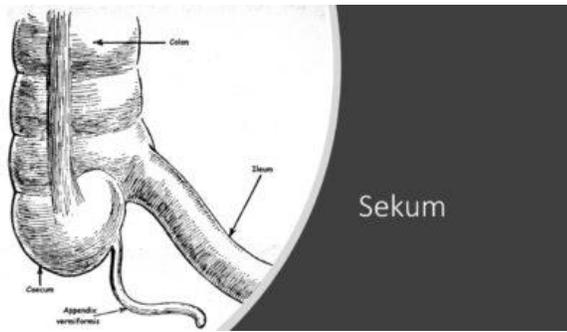
- * Pemecahan atau pembelahan nutrisi dalam makanan
- * Menyerap nutrisi lipofilik (protein, lemak, kolesterol, dan vitamin yang larut dalam lemak yaitu vitamin A, D, E, dan K)
- * Menyerap air

k) Usus penyerapan (ileum)

Usus penyerapan merupakan bagian dari usus halus yang terpanjang, sekitar 7 hingga 8 meter. Usus ini memiliki pH yang cukup netral yaitu sekitar 7-8. Fungsi dari usus penyerapan yaitu untuk menyerap nutrisi yang terkandung dalam makanan, terutama vitamin B12 dan nutrisi lain yang tidak terserap di usus kosong.

l) Sekum dan Appendix

Usus buntu atau sekum adalah suatu kantung yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar Umbai Cacing (Appendix). Umbai cacing atau apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu.

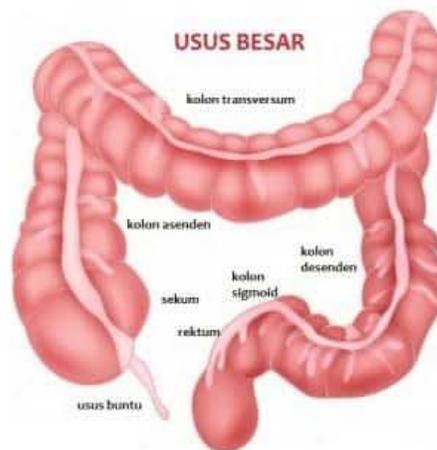


GAMBAR 2.6 ANATOMI SEKUM DAN APPENDIX

Umbai cacing terbentuk dari caecum pada tahap embrio. Dalam orang dewasa, umbai cacing berukuran sekitar 10 cm tetapi bisa bervariasi dari 2 sampai 20 cm. Walaupun lokasi apendiks selalu tetap, lokasi ujung umbai cacing bisa berbeda, bisa di retrocaecal atau di pinggang (pelvis) yang jelas tetap terletak di peritoneum.

m) Usus Besar

Usus besar atau kolon adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Usus besar terdiri dari kolon ascendens (kanan), kolon transversum, kolon descendens (kiri), kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum).

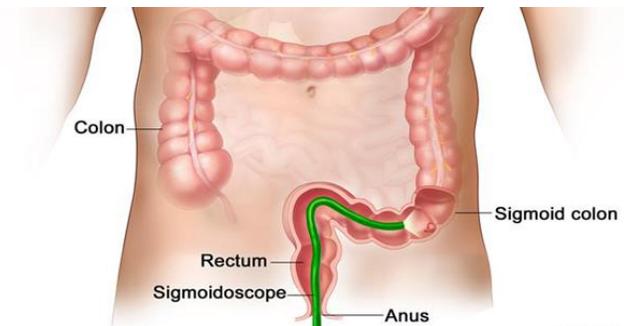


GAMBAR 2.7 ANATOMI USUS BESAR

Banyaknya bakteri yang terdapat di dalam usus besar berfungsi mencerna beberapa bahan dan membantu penyerapan zat-zat gizi. Bakteri di dalam usus besar juga berfungsi membuat zat-zat penting, seperti vitamin K. Bakteri ini penting untuk fungsi normal dari usus. Beberapa penyakit serta antibiotik bisa menyebabkan gangguan pada bakteri-bakteri didalam usus besar. Akibatnya terjadi iritasi yang bisa menyebabkan dikeluarkannya lendir dan air, dan terjadilah diare.

n) Rectum dan Anus

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB).



Gambar 2.8 Anatomi Rectum dan Anus

Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar, di mana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi. Orang dewasa dan anak yang lebih tua

bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB. Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar) yang merupakan fungsi utama anus.

C. Apendisitis

1. Pengertian

Apendisitis adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu feses kemudian terjadi proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks verivormis (Nugroho, 2011). Apendisitis merupakan peradangan yang berbahaya jika tidak ditangani segera bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Williams & Wilkins, 2011). Apendisitis adalah suatu peradangan yang berbentuk cacing yang berlokasi dekat ileosekal (Reksoprojo, 2010).

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing. Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Sjamsuhidajat, 2010).

1. Klasifikasi

Klasifikasi apendisitis menurut Nurafif & Kusuma (2013) terbagi menjadi 3 yaitu :

- a. Apendisitis akut, radang mendadak di umbai cacing yang memberikan tanda, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum lokal.
- b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama sembuh spontan.
- c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan

bawah lebih dari dua minggu (sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa), dan keluhan hilang setelah apendiktomi.

2. Etiologi

Apendisitis akut merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal menjadi faktor penyebabnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, batu feses, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat juga menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga menimbulkan apendisitis yaitu erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E. Histolytica* (Sjamsuhidajat, 2010).

3. Patofisiologi

Apendisitis kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa apendisitis berhubungan dengan asupan makanan yang rendah serat. Pada stadium awal apendisitis, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan peritoneal. Cairan eksudat fibrinopurulent terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan. Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai apendiks menjadi bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses lokal akan terjadi (Burkit, Quick & Reed, 2007).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Wijaya AN dan Putri (2013), gejala-gejala permulaan pada apendisitis yaitu nyeri atau perasaan tidak enak sekitar umbilikus diikuti anoreksia, mual dan muntah, ini berlangsung lebih dari 1 atau 2 hari. Dalam beberapa jam nyeri bergeser ke nyeri pindah ke kanan bawah dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum lokal di titik Mc. Burney, nyeri rangsangan peritoneum tidak langsung, nyeri pada kuadran kanan bawah saat

kuadran kiri bawah ditekan, nyeri pada kuadran kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti nafas dalam, berjalan, batuk, dan mengedan, nafsu makan menurun, demam yang tidak terlalu tinggi, biasanya terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare.

5. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada appendisitis menurut Smeltzer dan Bare (2009). yaitu :

a. Perforasi

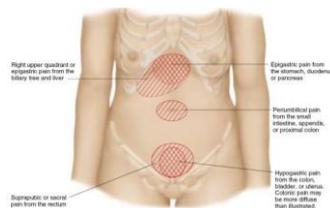
Perforasi berupa massa yang terdiri dari kumpulan apendiks, sekum, dan letak usus halus. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu 39,50C tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis meningkat akibat perforasi dan pembentukan abses.

b. Peritonitis

Peritonitis yaitu infeksi pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi 390C – 400C menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang jarang.

D. Tinjauan Gejala Spesifik Pemeriksaan Fisik Pasien dengan Appendicitis :

- Nyeri abdomen dapat disebabkan oleh iritasi mukosa, spasme otot polos, iritasi peritoneum, pembengkakan kapsul, atau perangsangan saraf secara langsung.
- Deskripsi nyeri abdomen : dimana lokasinya, apakah nyeri lokasi berubah bila dibandingkan dari awal keluhan, adakah nyeri pada bagian tubuh lain, berapa lama nyeri, apakah nyerinya episodic atau menetap, apakah timbul secara mendada, kualitas nyeri, apa yang memperberat/memperingan keluhan, apakah ada kaitan dengan mual dan muntah, diare, konstipasi, destensi abdomen pernah menderita batu empedu, kapan haid terakhir.



c. Mual dan muntah

- 1) Muntah dapat disebabkan oleh iritasi kuat pada peritoneum yang disebabkan oleh :
 - a) Perforasi organ abdomen
 - b) Obstruksi ductus bilier, ureter, atau usus
 - c) Toksin
- 2) Pada apendisitis, nyeri biasa terjadi beberapa jam sebelum muntah.
- 3) Gastritis akut menyebabkan pasien memuntahkan isi lambung.
- 4) Kolik bilier menyebabkan muntah yang mengandung empedu atau berwarna kuning kehijauan.
- 5) Obstruksi usus sering menyebabkan pasien memuntahkan bahan mengandung empedu diikuti dengan cairan yang berbau tinja.
- 6) Mual tanpa muntah merupakan gejala yang sering pada pasien dengan penyakit hepatoselular, kehamilan, dan penyakit metastatic.
- 7) Mual mungkin berkaitan dengan gangguan pendengaran dan tinnitus pada pasien dengan nyeri meniere.

d. Perubahan buang air besar

- 1) Diare : berapa lama ? berapa kali perhari?, diare timbul setelah makan/, apakah tinjanya cair, berdarah, berbau busuk?,...
- 2) Apakah diare berkaitan dengan nyeri perut?, hilangnya selera makan?, mual?, muntah?
- 3) Konstipasi : berapa lama?, frekuensi buang air besar?, bentuk tinja, warna, bercampur darah, mucus?, apakah ada perubahan berat badan?
- 4) Pendarahan rectum : berapa lama?, apakah darah bercampur tinja?, apakah ada perubahan kebiasaan buang air besar?, apakah ada perasaan buang air besar tetapi tidak dapat?, apakah ada tenesmus, melena?, hemotischezia?, tinja berwarna seperti dempul?
- 5) Ikterus : adanya ikterus dapat disebabkan oleh berkurangnya eksresi billirubin berkonjungsi ke dalam empedu. Hal ini dapat disebabkan oleh obstruksi bilier intrahepatik dan obstruksi bilier ekstrahepatik.

6) Distensi abdomen : dapat disebabkan karena peningkatan gas dalam saluran pencernaan atau adanya ascites, peritonitis, dan tetanus.

e. Pruritus

Pruritus atau gatal sering dijumpai. Gatal yang timbul diseluruh tubuh disebabkan gejala gangguan kulit difus, atau manifestasi penyakit ginjal, atau penyakit hati kronis. Penyakit limfoma atau Hodgkin dan keganasan pada saluran cerna dapat juga menyebabkan keluhan gatal. Pruritus ini dapat disebabkan: fistula, fisura, psoriasis, parasit, higiene buruk, dan diabetes.

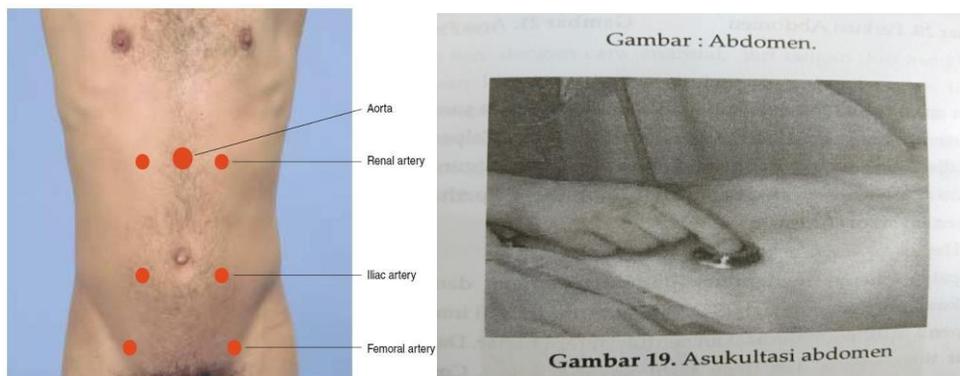
E. Inspeksi

Cara melakukan inspeksi, pemeriksa disebelah kanan. Untuk melihat kontur perut, peristaltic, pemeriksa berjongkok sejajar perutsehingga bisa melihat perut secara tangensial.

1. Permukaan dinding perut : datar, cekung, cembung ?, lihat juga daerah femoral dan inguinal.
2. Kulit dinding perut : erupsi, ikterus, spider angioma, venectasi (kolateral), striae, pigmentasi, tumor, umbilicus cekung atau datar atau menonjol ?, hernia ?, ekimosis(pada penyakit pankreatitis hemoragik strangulasi usus, tanda ini disebut tanda gray tuner), tanda cullen adalah umbilicus kebiru-biruan yang disebabkan karena hemoperitonium, cicatrix, gambaran dan gerakan usus.
3. Bentuk perut : simetris/asimetris, perut bentuk perut katak (frog's like appearance) pemeriksa melihat sejajar ujung kaki.
4. Saat bernafas lihat apakah ada organ perut yang membesar atau tidak.
5. Lihat apakah terlihat gambaran peristaltic? (pada kasus obstruksi dan pasien sangat kurus)

F. Auskultasi

1. Diperiksa bunyi khusus (peristaltic) : normal, melemah sampai menghilang, mengeras sampai terdengar suara logam (metalic sound). Peristaltic normal kira-kira tiap 2-5 detik. Bising usus normal : 5-35 kali per menit.
2. Diperiksa murmur/bruit yang disebabkan adanya turbulensi aliran darah dikarenakan proses atherosclerosis dengan cara menempelkan stetoskop pada lokasi organ yang dicurigai terdapat bruit. Jangan lupa memeriksa bruit hepar sebagai tanda adanya neovaskularisasi pada pasien hepar kronis/karsinoma.



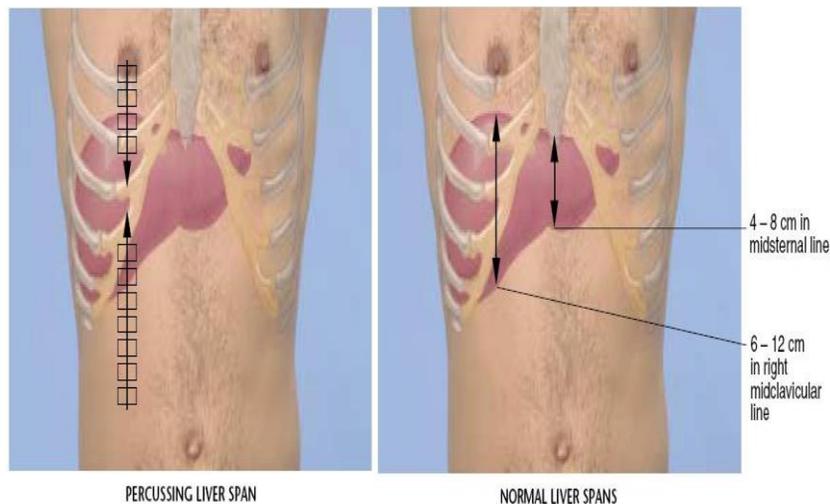
3. Succussion splash : dapat ditemukan pada abdomen yang distensi akibat adanya gas dan cairan didalam suatu organ yang mengalami obstruksi. Pemeriksaan meletakkan stetoscopynya diatas abdomen sementara menggguncangkan dari sisi ke sisi. Adanya bunyi percikan biasanya menunjukan distensi lambung atau kolon.

G. Perkusi

Pemeriksaan ini untuk mendeteksi adanya distensi gas, cairan, atau massa padat. Perkusi masing-masing kuadran untuk mengetahui distribusi udara. Timpani merupakan bunyi perkusi yang paling sering ditemukan pada abdomen. Bunyi timpani ini disebabkan adanya gas dalam lambung, usus halus dan kolon. Daerah supra pubis mungkin redup/pekak pada perkusi apabila kandung kemih penuh urine pada wanita yang uterusnya membesar.

1. Perkusi hati : kepekakan hati (batas atas dan bawah) tidak boleh lebih dari 10 cm. pekak hati positif pada orang normal, sedangkan pekak hati yang negative bila ada udara dalam cavuum peritoneum, akibat perforasi usus dan dinding perut.

Cara : Perkusi sejajar linea midclavicular kanan. Dari atas sampai terdengar pekak. Dan dari bawah setinggi umbilicus samapi terdengar pekak. Carilah panjang daerah pekak (liver span). Normal 6-12 cm.



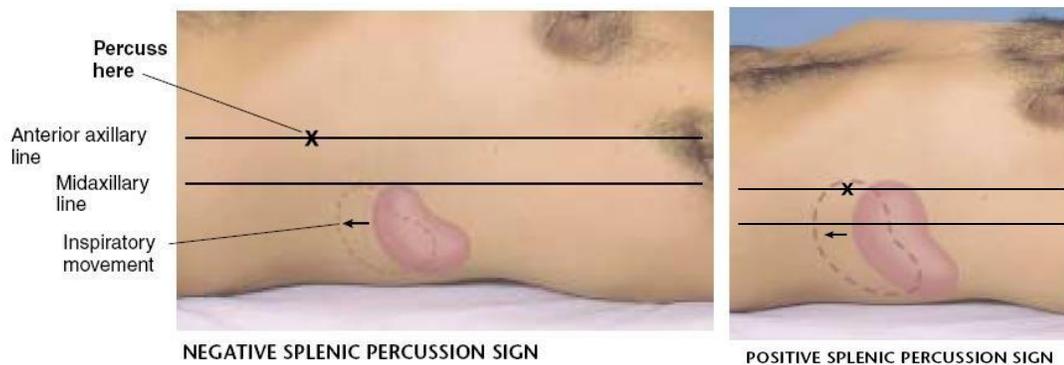
2. Perkusi limpa :

Limpa terletak di cekungan difragma superior, sejajar garis mid axiler. Apabila membesar maka akan menutupi organ gaster, kolon yang biasanya perdengar pekak. Meskipun sulit penentuan ukuran limpa harus diusahakan. Ruang traube adalah ruang gelembung udara lambung pada kuadran atas kiri. Tepat disebelah lateral ruang traube ada daerah redup karena adanya

limpa. Daerah ini kira-kira terletak pada iga ke 10, disebelah posterior garis mid axilla kiri.

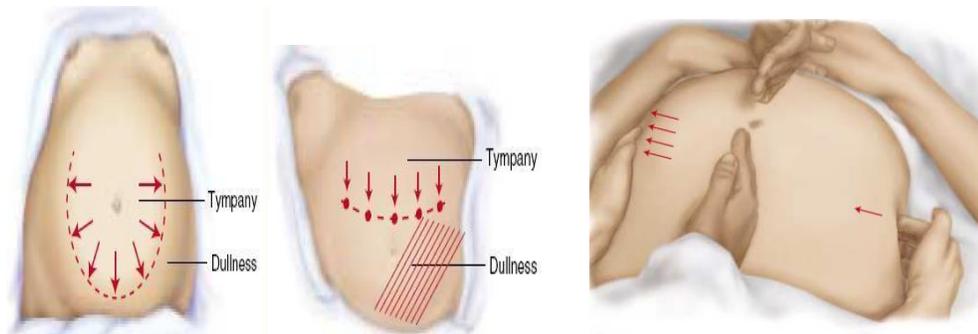
Cara Perkusi limpa :

Lakukan perkusi pada SIC terakhir, linea axilaris anterior. Biasanya tympani. Kemudian pasien diminta menarik nafas. Normalnya akan tetap tympani. Untuk memastikan pembesaran lakukan perkusi dari pekak(limpa) ke arah tympani ke segala arah.



3. **Perkusi ascites** : adanya ascites (cairan bebas di cavum peritoneum) dapat dideteksi dengan : test undulasi, pekak sisi, pekak alih (sifting dullness).

Tujuan : mengetahui gerakan perpindahan cairan.



H. Palpasi

Palpasi abdomen dapat dilakukan dengan cara palpasi ringan dan palpasi dalam. Palpasi ringan digunakan untuk menentukan nyeri tekan dan daerah spasme otot dan rigiditas. Rigiditas adalah spasme involunter otot-otot perut dan menunjukkan iritasi peritoneum. Rigiditas mungkin difus, misalnya pada

peritonitis difus, atau setempat misalnya di atas apendik dan kandung empedu yang mengalami infeksi. Pasien dengan peritonitis memperlihatkan abdomen yang tegang dan nyeri (defance musculair). Sedang perut papan didapatkan pada penderita tetanus.

Cara palpasi ringan: palpasi perlahan disemua kuadran, identifikasi organ yang terasa nyeri. Pada daerah yang sukar dipalpasi missal pada orang gemuk dapat melakukan palpasi dengan 2 tangan, tangan 1 berada dibawah dan lainnya diatas tangan yang lain.

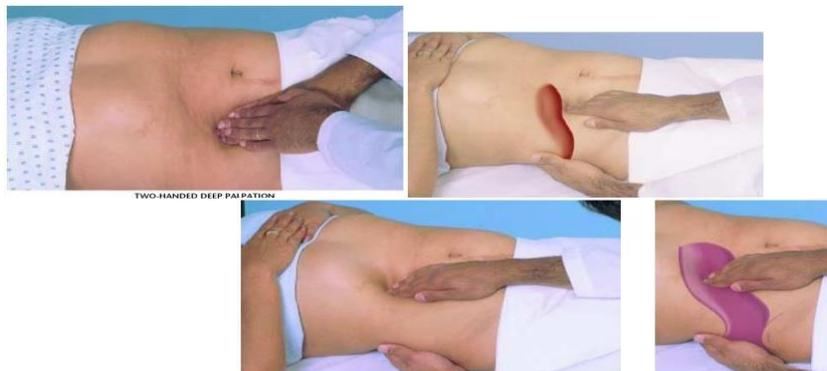
Palpasi dalam: palpasi ini digunkan untuk menentukan ukuran organ dan adanya masa dalam abdomen yang abnormal.

Cara palpasi dalam: laukan palpasi diseruruh kwdran, menggunakan permukaan Palmaris dan jari. Bila ada massa identifikasi lokasi, ukuran massa bentuk, mobilitas terhadap jaringan sekitar dan nyeri tekan.

1. Palpasi hati (hepar)

Palpasi hepar ditentukan hati teraba atau tidak, bila teraba berapa ukuranya, bagaimana tepinya, permukaanya, konsistensinya nyeri tekan atau tidak. Pembesaran hati dapat disebabkan oleh kongesti vascular, hepatitis, neoplasma, atau sirosis permulaan.

Cara palapsi hepar: Pasien tidur terlentang. Tangan kiri diletakkan setinggi costa XI-XII sambil mendorong kedepan. Tangan kanan berada diperut sebelah kanan, di lateral musculus rectus, pada daerah batas pekak dan tympani. Mintalah pasien menarik nafas, Intepretasikan.



2. Palpasi limpa

Pada palpasi ini ditentukan apakah ada pembesaran? Bagaimana tepinya? Permukaannya? Konsistensinya? Nyeri tekan atau tidak?

Cara palpasi limpa mulai SIAS kanan melewati umbilicus hingga samapai arcus costa kiri. Dibagi 8 bagian (sufner 0-8). Penderita dimiringkan 45 o Kearah pemeriksa. Tangan kiri dibelakang arcus costa, mendorong. Tangan kanan memeriksa tepi arcus costa kiri. Penderita menarik nafas. Apabila teraba, pastikan itu limpa dengan mencari incisura lienalisnya. Intepretasikan



3. Palpasi ginjal

Kedua ginjal (kanan kiri) umumnya tidak teraba pada orang dewasa normal. Ginjal kiri terletak lebih superior dibanding ginjal kanan.

Cara memeriksa ginjal : Ginjal kanan : letakan tangan kiri sejajar arcus kosta XI-XII, dengan ujung jari menyentuh sudut costovertebra untuk mendorong. Jari tangan kanan sejajar musculus rectus abdominis. Penderita menarik nafas, pemeriksa menangkap ginjal dan deskripsikan teraba/tidak, ukuran, konsistensi, nyeri tekan?



4. Pemeriksaan Aorta

Tekan di abdomen sebelah kiri linea mediana. Orang dewasa normal tidak lebih dari 2 cm. Bila ditemukan massa pada abdomen atas dan berdenyut perlu dicurigai aneurisma aorta

Cara pemeriksaan aorta: Letakkan tangan kanan di perut bagian atas lateral dari linea mediana, Tekan agak kuat dan dalam dan identifikasikan pulsasi.



5. Pemeriksaan Rectum

Pemeriksaan ini dilakukan dengan jari. Rectum inferior mempunyai permukaan peritoneum, sehingga pemeriksaan rectum dapat mengungkapkan nyeri tekan jika ada peradangan peritoneum. Pemeriksaan rectum dalam dilakukan dengan pasien posisi berbaring terlentang, berbaring pada sisi kiri tubuh (posisi sims), berdiri, membungkuk pada meja pemeriksaan. Posisi litotomi adalah posisi dimana pasien terlentang dengan kedua lutut difleksikan. Tangan kanan pemeriksa memakai sarung tangan, memeriksa anus dan jaringan di sekitarnya. Kulit harus diperiksa apakah ada tanda peradangan, ekskoriasi, fisura, nodulus, fistula, parut, tumor, atau hemoroid.

a. Palpasi dinding rectum

Meliputi dinding lateral, posterior, dan anterior. Dinding lateral

diraba dengan merotasikan jari sepanjang sisi rectum. Spina iskiadika, tulang ekor dan sacrum bawah dalam dapat diraba dengan mudah. Dinding rectum dipalpasi untuk mengetahui adanya polip. Metastase intraperitonal dapat teraba dibagian anterior, menonjol ke dalam rectum, ini disebut sebagai rak blumer.

b. Palpasi kelenjar prostate

Pada pria kelenjar prostate terletak di sebelah anterior dinding rectum. Ukuran, permukaan, konsistensi, sensitivitas, dan bentuk kelenjar prostate harus diperiksa. Prostate adalah suatu struktur bilodus berbentuk hati dengan diameter kira-kira 4 cm dalam keadaan normal permukaannya halus dan kokoh dan mempunyai konsistensi seperti bola karet keras. Nodul yang keras tidak teratur akan mengarah pada kanker postat. Karsinoma prostate sering menyerang lobus posterior, yang dapat dikenal dengan mudah selama pemeriksaan rectum. Hipertropi postat benigna (HPB) menimbulkan pembesaran secara sistematis, lunak yang menonjol ke dalam lumen rectum. Prostate yang berfluktuasi seperti Lumpur atau nyeri tekan mungkin menunjukkan prostatitis akut. Vesikulus seminalis terletak dibagian atas kelenjar postat dan jarang teraba kecuali bila membesar.

Cara pemeriksaan prostat:

- 1) Letak prostat?
- 2) Diameter latero-lateral?
- 3) Sulcus medianus?
- 4) Polus anterior?
- 5) Pemeriksaan masing-masing lobus?

c. Pemeriksaan darah samar dalam tinja. Jari pemeriksaan harus dilihat. Warna feses dicatat, tes darah samar dilakukan dengan tes guaiak atau bensidine test.

I. Teknik-Teknik Khusus

1. Mengetahui nyeri abdomen

Nyeri dimulai dari mana?sekarang?apakah menjalar?, pasien diminta batuk, dimana yang paling sakit. Pada apendiksitis, nyeri dimulai pd titik Mc. Burney(1/3 SIAS kanan-umbilicus) kemudian berpindah ke umbilicus. Bila pasien diminta batuk, paling nyeri pada titik tersebut cari nyeri lokal carilah rigidits dan defans musculair lakukan colok dubur: untuk men DD dengan vesiculitis,adnexitis pemeriksaan tambahan: nyeri lepas, rovsing sign, psoas sign, obturator sign, hyperestesia kulit daerah mc.burney
Keterangan :

a. *Mc Burney*

Nyeri lepas: titik *Mc Burney* dipencet kemudian saat dilepas, penderita merasa nyeri. Nyeri pada titik *Mc Burney* merupakan salah satu tanda dari appendicitis akut. Nyeri di titik ini disebabkan oleh inflamasi dari appendix dan persentuhannya dengan peritoneum. Nyeri akan bertambah seiring dengan berlanjutnya proses inflamasi

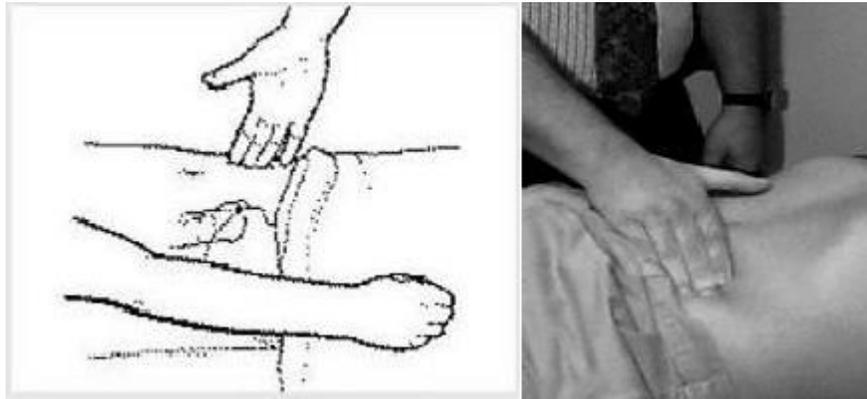


Gambar 17. Menekan titik Mc Burney dengan jari telunjuk

b. *Rovsing sign*

Rovsing's sign adalah salah satu tanda dari appendicitis, yaitu nyeri pada daerah appendix saat ditekan abdomen kwadran kiri bawah.

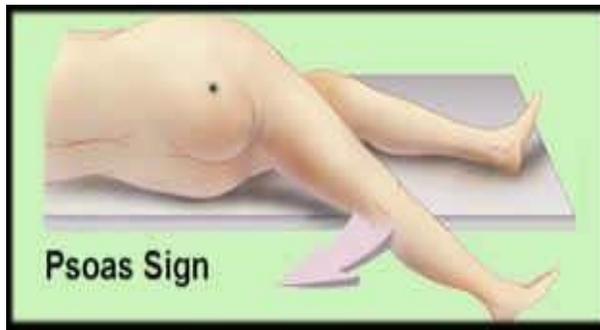
Pada saat ditekan peritoneum akan menegang dan terasa nyeri di tempat yang mengalami inflamasi. Apabila terasa nyeri hanya pada sisi kiri atau kedua sisi maka perlu dipikirkan diagnosis penyakit lain pada vesika urinaria, uterus, kolon ascendant, tuba falopi, ovarium atau struktur organ lain. *Rovsing's sign* adalah nyeri lepas juga menjalar ke kontralateral



Gambar. Pemeriksaan *Rovsing's sign*

c. *Psoas sign*

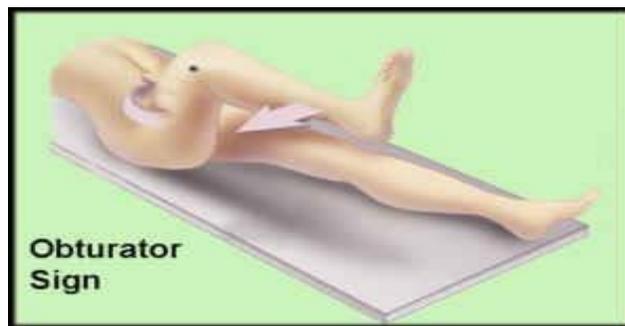
Psoas sign adalah nyeri akibat dari iritasi otot iliopsoas yang menandakan adanya appendicitis letak retrocoecal. Test ini dilakukan dengan cara menegangkan otot pada posisi hiperextensi hipsecara pasif atau mengkontraksikan otot pada flexi hip aktif. Bila appendiks terletak dekat dengan musculus iliopsoas maka akan menyebabkan nyeri pada peregangan atau kontraksi otot. Peradangan intra abdomen dapat menyerang musculus psoas. Teknik pemeriksaannya dengan tes iliopsoas. Pasien diminta untuk berbaring pada posisi yang tidak terkena dan mengektensikan tungkai pada sisi yang tidak terkena dan mengekstensikan tungkai lainnya pada sendi pinggul dengan melawan tahanan yang dilakukan oleh tangan pemeriksa. Tanda psoas positif bila timbul nyeri perut. Iritasi musculus psoas kanan oleh apendik yang meradang akut akan menimbulkan tanda psoas kanan.



Gambar: Pemeriksaan *Psoas Sign*

d. *Obturator sign*

Obturator sign atau *cope sign* adalah tanda iritasi pada musculus obturator internus. Test ini dilakukan dengan cara pasien tidur terlentang dengan flexi *hip* kanan 90 derajat, pegang sendi ankle kanan dengan tangan kanan pemeriksa, lakukan endorotasi. Tes lain yang berguna untuk mengetahui adanya peradangan adalah tes obturator. Pasien berbaring terlentang, pemeriksa mengfleksikan paha pasien di panggul, dengan lutut dibengkokkan, dan merotasikan tungkai ke arah dalam dan luar sendi panggul. Nyeri akan timbul jika ada proses peradangan di dekat musculus obturator (lihat gambar).



Gambar: Pemeriksaan *Obturator Sign*

CHECK LIST

No	Aspek yang Dinilai	Cek
1	Sambung rasa: a. Menyapa pasien dan memperkenalkan diri b. Menanyakan identitas pasien c. Menanyakan keluhan utama dan anamnesis singkat	
2	Persiapan pemeriksaan fisik: a. Menerangkan tujuan pemeriksaan b. Meminta pasien untuk membuka baju seperlunya c. Mencuci tangan dengan teknik aseptik d. Meminta pasien untuk tidur telentang dan membuat pasien rileks dengan menekuk lutut dan mengajak berbicara, meminta pasien memberikan respons terhadap pemeriksaan e. Periksa berdiri di kanan pasien	
3	Melakukan inspeksi dinding abdomen (menilai gerakan peristaltik dengan posisi pemeriksa duduk atau sedikit membungkuk)	
4	Melakukan auskultasi abdomen pada tempat yang benar (sebelum per kusi dan auskultasi)	
5	Melakukan per kusi dengan orientasi pada keempat kuadran abdomen	
6	Melakukan palpasi superficial secara menyeluruh	
7	Melakukan per kusi untuk menentukan batas bawah hepar (pada linea midklavikula kanan dari caudal arcus costae ke cranial)	
8	Melakukan per kusi untuk menentukan batas atas hepar (pada linea midklavikula kanan dari cranial arcus costae ke caudal)	
9	Melakukan palpasi hepar	
10	Melakukan per kusi lien (di spatium inter kosta terbawah linea axillaris anterior kiri)	
11	Melakukan palpasi klien	
12	Melakukan palpasi ginjal	
13	Melakukan nyeri ketok ginjal	
14	Melakukan palpasi kandung kemih dan aorta	
15	Melakukan pemeriksaan AS ITES (pasien terlentang, mhs melakukan perkusi untuk menemukan batas timpani dan redup, kmd pasien diminta miring ke satu sisi, mahasiswa kembali melakukan perkusi untuk mencari batas timpani dan redup, melaporkan ada tidaknya ascites)	
16	Melakukan Tes UNDULASI (pasien telentang, tangan pasien di midline abdomen mhs mengetuk satu sisi abdomen dengan ujung jari dan merasakan getaran ketukan dengan tangan pada sisi abdomen yang lain, melaporkan ada tidaknya gelombang cairan)	
17	Memeriksa Murphy's sign	
18	Memeriksa Mc Burney's sign	
19	Memeriksa nyeri tekan lepas (rebound tenderness)	
20	Memeriksa Rovsing's sign	
21	Memeriksa Psoas sign	
22	Memeriksa Obturator sign	
23	Melakukan cough test (Dunphy's sign)	
24	Melakukan pemeriksaan hernia	

EVALUASI

$$\text{NILAI} = \frac{\text{JUMLAH NILAI}}{\text{TOTAL NILAI KETERAMPILAN}} \times 100$$

KETERANGAN :

$$\text{A} = 79 - 100$$

$$\text{B} = 68 - 78$$

$$\text{C} = 56 - 67$$

RANGKUMAN

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari pasien untuk mengetahui keadaan atau kelainan dari pasien. Pemeriksaan fisik dilakukan secara detail dimulai dari head to toe guna mendapatkan data yang akurat dari pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik adalah untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum dari klien dan untuk mengetahui juga apabila terdapat kelainan pada klien. Bila keadaan umum klien baik maka harus dipertahankan jangan sampai daya tahan tubuh menurun, dan jika terdapat kelainan maka harus segera diobati agar tidak mengganggu system tubuh yang lain. Adapun pemeriksaan fisik terdiri dari empat prinsip yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

DAFTAR PUSTAKA

Kusyati, Eni.2006. Keterampilan Dan Prosedure Laboratorium Keperawatan Dasar. Jakarta: EGC.

Nurarif H. A., Kusuma H. 2013. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 1. Jogjakarta: Mediacion Publishing.

Riyadi,Sujono.2012. Standar Operating Procedure Dalam Praktik Klinik Keperawatan Dasar. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Suciati, dewi kartika.2014. Ilmu Keperawatan Dasar. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.

Sjamsuhidajat & de jong. 2010. Buku Ajar Ilmu Bedah.Jakarta: EGC

Sudarta, I Wayan.2016. Pengajian Fisik Keperawatan. Yogyakarta: Gosyen Publishing.