

Medical Surgical Nursing Care Assistance in Patients with Digestive System Disorders: Appendicitis

Pendampingan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Apendisitis

lif Taufiq El-haque¹, Iis Ismayanti²

^{1,2}STIKes Muhammadiyah Ciamis, Ciamis, Indonesia

Korespondensi: Iis Ismayanti

Email: iisismayanti@gmail.com

Alamat : Jl. KH. Ahmad Dahlan no 20 Ciamis 46216

KOLABORASI

Inspirasi
Masyarakat Madani

Vol. 002, No. 003

PP. 238 – 253

EISSN: 2809 - 0438

ABSTRACT

Introduction: Appendicitis is a disease of the respiratory system where inflammation is due to infection of the appendix or appendix, this infection will cause several complications if surgery is not immediately taken for treatment, usually an appendectomy is performed to reduce the risk of perforation. Appendicitis can be caused by predisposing factors such as obstruction of the lumen, infection with bacteria from the colon (E. Coli, Streptococcus), and male sex in adolescents-adults. As well as precipitating factors such as blockage of the appendix lumen, erosion of the appendix mucosa, and an unhealthy lifestyle, such as eating habits that are low in fiber.

Objective: This assistance aims to provide nursing care to the patient Mr. A with a medical diagnosis of appendicitis in the Anggrek room at RSUD Kota Banjar in 2022.

Method: Assistance activities are carried out by providing nursing care through 5 stages of the nursing process, including Assessment, Diagnosis, Nursing Intervention, Nursing Implementation, and Evaluation.

Result: The results showed that the patient's main complaint was pain in the post-operative appendectomy wound in the right lower quadrant of the abdomen, the diagnosis that appeared in the patient was acute pain and sleep disturbances, after being given nursing actions from January 4-6, the results showed that the patient said the pain he felt has decreased, the patient does not look grimacing, the patient's expression looks relaxed, the pain scale has decreased from the initial scale of 6 to a scale of 3.

Conclusion: After the process of providing nursing care was carried out on 04-January-2022, it was found that the nursing problem in Mr. A with a medical diagnosis of appendicitis could be resolved.

Keywords: *appendicitis, assistancy, nursing care*

Pendahuluan

Apendisitis adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada usus buntu atau apendiks. Usus buntu sebenarnya adalah cecum. Infeksi ini dapat menyebabkan peradangan akut yang umumnya memerlukan pembedahan segera untuk menghindari komplikasi yang berbahaya (Saputro, 2018).

Apendisitis adalah peradangan pada usus buntu dan merupakan penyebab paling umum dari perut akut. Meskipun penyakit ini menyerang pria dan wanita dari segala usia, penyakit ini umum terjadi pada pria berusia 10-30 tahun, apendiks ini adalah penyebab paling umum dari peradangan akut pada kuadran kanan bawah, paling sering pada operasi perut darurat (Kurniawati & Kadir, 2020).

Apendisitis adalah inflamasi akut yang terjadi akibat kerusakan pada bagian apendiks vermiformis atau dikenal dengan istilah umbai cacing, kerusakan yang terjadi disebabkan oleh infeksi polimikroba (Fazriyah, 2017). Ketika proses inflamasi terjadi secara tiba-tiba di daerah usus buntu, maka disebut radang usus buntu akut (Windy & Sabir, 2016).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah proses perangan akibat infeksi pada usus buntu atau apendiks, infeksi ini dapat mengakibatkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah untuk penanganannya, biasanya dilakukan apendektomi untuk menurunkan resiko perforasi.

Penyebab pada apendisitis ada faktor predisposisi dan faktor presipitasi :

a. Faktor Predisposisi

- 1) Faktor yang paling sering adalah obstruksi lumen. Biasanya kendala ini terjadi karena:
 - a) Hiperplasia folikular limfoid, yang merupakan penyebab paling umum
 - b) Adanya fekolit pada lumen apendiks
 - c) Adanya benda asing seperti biji
 - d) Penyempitan lumen fibrotik akibat peradangan sebelumnya
- 2) Infeksi bakteri usus besar yang paling umum adalah *Escherichia coli* dan *Streptococcus*
- 3) Laki-laki lebih banyak daripada perempuan, kebanyakan pada usia 15-30 tahun (remaja dewasa). Hal ini disebabkan oleh peningkatan jaringan limfoid selama periode ini.
- 4) Menurut bentuk apendiks:
 - a) Apendiks terlalu panjang
 - b) Massa apendiks pendek
 - c) Penonjolan jaringan limfoid di rongga apendiks
 - d) Katup abnormal di pangkal apendiks

b. Faktor Presipitasi

- 1) Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, tumor apendiks dan cacing askaris.
- 2) Erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.histolytica*
- 3) Gaya hidup yang tidak sehat, seperti kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat. Konstipasi menarik area usus, menyebabkan tekanan dan obstruksi usus dan meningkatkan pertumbuhan flora kolon (Udkhiyah & Jamaludin, 2020).

Menurut Irsan Prayogu et al. (2018) apendisitis diklasifikasikan menjadi apendisitis akut, rekuren dan kronis. Apendisitis akut adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri dan pemicunya adalah penyumbatan lumen usus buntu. Selain itu, hiperplasia limfoid, fokalit (tinja/batu), tumor apendiks, dan cacing gelang dapat menyebabkan obstruksi dan erosi mukosa apendiks karena parasit (*Clostridium histolyticum*). Apendisitis akut biasanya muncul dengan gejala khas yang ditandai dengan peradangan apendiks mendadak dengan tanda-tanda lokal, dengan atau tanpa iritasi peritoneal lokal. Gejala apendisitis akut adalah nyeri tumpul yang samar, yaitu nyeri viseral di daerah epigastrium sekitar umbilikus. Keluhan ini biasanya disertai mual dan terkadang muntah. Kehilangan nafsu makan secara umum. Dalam beberapa jam, rasa sakit akan bergeser ke sudut *McBurney*. Nyeri dirasakan lebih intens dan lebih jelas terletak di sini, sehingga nyeri somatik terlokalisir.

Sedangkan apendisitis rekuren terjadi bila ada riwayat nyeri berulang di perut kanan bawah yang memerlukan operasi usus buntu. Gangguan ini terjadi ketika serangan pertama apendisitis akut sembuh secara spontan. Namun, radang usus buntu tidak pernah kembali ke bentuk semula karena fibrosis dan jaringan parut. Apendisitis kronis dengan riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, semua gejala peradangan kronis apendiks makroskopis dan mikroskopis (fibrosis lengkap dinding apendiks, obstruksi parsial atau lumen apendiks, adanya bekas luka di jaringan mukosa dan ulkus lama dan infiltrasi sel inflamasi kronis), Keluhan hilang setelah operasi usus buntu.

Usus buntu kronis didiagnosis hanya dalam kasus-kasus berikut: nyeri kuadran kanan bawah selama lebih dari 2 minggu, radang usus buntu kronis di bawah mikroskop. Kriteria mikroskopis untuk apendisitis kronis adalah fibrosis lengkap pada dinding apendiks, obstruksi parsial atau lengkap dari lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama pada mukosa, dan adanya sel-sel inflamasi kronis.

Apendisitis biasanya disebabkan oleh hiperplasia limfoid, feses, benda asing, stenosis karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau obstruksi lumen sekum oleh neoplasma. Obstruksi ini menyebabkan lendir yang dihasilkan oleh selaput lendir menumpuk. Semakin lama lendir, semakin terbatas elastisitas dinding cecum dan semakin tinggi tekanan intraluminal. Peningkatan tekanan menghambat aliran limfatik, menyebabkan edema, diabetes bakteri, dan ulkus mukosa. Pada titik ini, apendisitis akut lokal yang ditandai dengan nyeri perut bagian atas muncul. Saat lendir terus disekresikan, tekanan terus meningkat. Hal ini menyebabkan obstruksi vena, peningkatan edema, dan invasi bakteri ke dinding. Peradangan yang terjadi meluas, mengenai peritoneum lokal dan menimbulkan nyeri pada daerah kanan bawah. Kondisi ini disebut apendisitis purulen akut. Kemudian, bila aliran arteri terhambat, terjadi infark pada dinding apendiks, diikuti dengan gangren. Tahap ini disebut apendisitis gangren. Pecahnya dinding yang rapuh menyebabkan apendisitis perforasi. Saat proses di atas berlangsung perlahan, omentum dan usus yang berdekatan dipindahkan ke sekum sampai formasi fokus yang disebut infiltrasi sekal terbentuk.

Oleh karena itu, metode yang paling tepat adalah apendisitis. Jika Anda tidak mengambil tindakan sesegera mungkin, radang usus buntu dapat berubah menjadi abses atau hilang. Usus buntu menjadi meradang dan bengkak, mungkin karena penyumbatan dengan tinja (massa padat) atau benda asing. Proses inflamasi dapat meningkatkan tekanan intraluminal dan menyebabkan nyeri di perut bagian atas atau secara bertahap menyebar ke perut kanan bawah selama beberapa jam (Noviantoro, 2018).

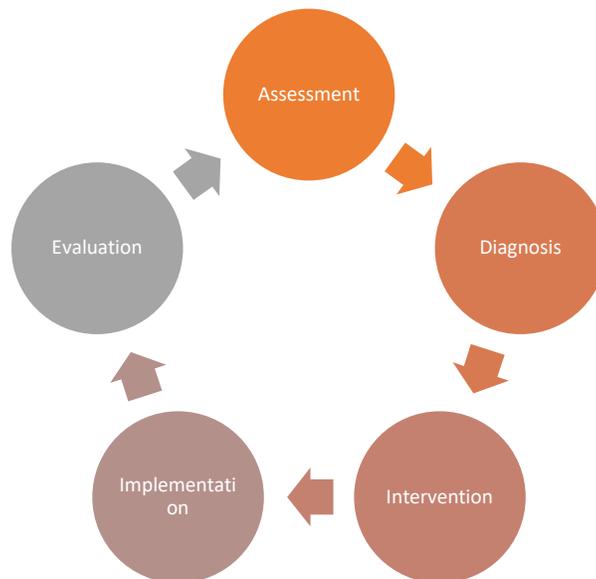
Kurangnya pengetahuan tentang situasi di atas dan persepsi pasien apendisitis dapat menyebabkan masalah dalam perawatan kecemasan. Kecemasan bisa menjadi beban yang berat, dan akibatnya, kehidupan seseorang digambarkan sebagai kecemasan yang terus-menerus. Pasien yang terluka parah atau sakit sering mengalami kesulitan mengendalikan lingkungan mereka atau merawat diri mereka sendiri, yang dapat menyebabkan tingkat kecemasan yang tinggi. Ketakutan terjadi sebagai reaksi fisiologis dan psikologis. Artinya, ketakutan muncul ketika seseorang terancam secara fisik dan psikologis (Sitompul, 2020).

Tujuan

Asistensi ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien Tn. A dengan gangguan sistem pencernaan post operasi apendiktomi di ruang Anggrek RSUD Kota Banjar.

Metode

Kegiatan Asistensi Asuhan Keperawatan dilaksanakan pada tanggal 04-06 Januari 2022 di Ruang Anggrek RSUD Kota Banjar yang mencakup 5 tahapan proses asuhan keperawatan yang dapat dilihat pada gambar 1 di bawah ini.



Gambar 1. Nursing Process

Proses keperawatan adalah metode ilmiah yang digunakan dalam kegiatan keperawatan untuk membantu pemberi asuhan memberikan asuhan secara profesional. Proses keperawatan membantu pemberi perawatan dalam implementasi praktik keperawatan yang sistematis dan terarah dalam memecahkan masalah keperawatan pasien. Proses keperawatan dimulai dengan pengakjian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Firmansyahet al., 2021).

Pengkajian adalah langkah pertama dalam dokumentasi keperawatan, termasuk pengumpulan data, dan dilakukan pertama kali setelah pasien masuk. Dalam hal ini, perawat hanya dapat mengumpulkan data deskriptif, ringkas, dan lengkap. Data klien untuk laporan berdasarkan gejala, persepsi, observasi keluarga, observasi keperawatan, atau anggota tim medis.

Ketidaktepatan dalam pengumpulan data mengidentifikasi kebutuhan perawatan klien yang tidak lengkap, sehingga diagnosa keperawatan tidak akurat dan tidak lengkap (Suhanda et al., 2021)

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial, dan berdasarkan pendidikan dan pengalaman mereka, perawat dapat secara bertanggung jawab mengidentifikasi dan memberikan intervensi untuk mempertahankan, mengurangi, membatasi, mencegah, dan mengubah klien Status kesehatan. Diagnosa keperawatan didasarkan pada analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosis keperawatan menguraikan masalah atau kondisi kesehatan klien yang nyata (aktual) dan potensial, dan solusi dapat diterapkan dalam lingkup perawat (Widianti et al., 2021)

Intervensi (Rencana perawatan) adalah setiap rencana tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang dibuat pada pasien. Rencana perawatan yang dikembangkan dengan baik mempromosikan perawatan lanjutan dari satu pengasuh ke pengasuh lainnya. Ini memberi semua staf perawat kesempatan untuk memastikan perawatan yang konsisten dan berkualitas. Beberapa langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan meliputi penetapan prioritas, penetapan kriteria tujuan dan hasil yang diharapkan, penetapan intervensi keperawatan yang tepat, dan pembuatan rencana asuhan keperawatan (Lilis Lismayanti et al., 2021).

Evaluasi adalah penilaian respon pasien terhadap perilaku keperawatan yang telah dilakukan oleh pemberi asuhan terhadap pasien dengan mengacu pada kriteria atau kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya dalam pengembangan tujuan. Penilaian biasanya merupakan hasil atau penilaian total yang dilakukan dengan membandingkan proses atau penilaian formatif setelah setiap tindakan diselesaikan dengan respon klien terhadap tujuan tertentu dan tujuan umum yang telah ditetapkan sebelumnya. Itu dilakukan (Setiawan et al., 2021).

Hasil dan Pembahasan

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	:	Tn.A
Umur	:	21 Tahun
Jenis Kelamin	:	Laki-Laki
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SMK
Pekerjaan	:	Belum Bekerja
Suku Bangsa	:	Indonesia
Status Perkawinan	:	Belum Menikah
Golongan Darah	:	O, resus +
No.CM	:	449759
Tanggal Masuk	:	04 Januari 2022
Tanggal Pengkajian	:	04 Januari 2022
Diagnosa Medis	:	Apendisitis
Alamat	:	Dusun Kubangsari RT/06 RW/02 Pamarican

b. Identitas Penanggungjawab

Nama : Ny.R
Umur : 46 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Suku Bangsa : Indonesia
Hubungan dengan klien : Ibu
Alamat : Dusun Kubangsari RT/06 RW/02 Pamarican

c. Keluhan Utama

Pasien mengeluhkan nyeri pada area luka post operasi apendektomi di perut kanan bawah.

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke RSUD Kota Banjar pada tanggal 01 Januari 2022 melalui jalur IGD dengan keluhan BAB cair (mencret) terus menerus dan muntah-muntah. Kemudian pada tanggal 03 Januari dilakukan operasi apendektomi terhadap pasien dan selesai pada pukul 01.00 dini hari, kemudian di pindahkan ke ruang anggrek kamar isolasi bed dua. Pada saat dikaji pada tanggal 04 Januari 2022 pukul 07.45 WIB pasien mengeluhkan nyeri pada area luka post operasi apendektomi di perut kanan bawah, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan perih, nyeri dirasakan bertambah apabila pasien bergerak dan dirasakan berkurang apabila pasien beristirahat, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6 (1-10), pasien mengatakan rasa nyeri yang dirasakannya mengganggu tidur.

e. Riwayat Penyakit dahulu

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit apapun sebelumnya, dan tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa dalam anggota keluarganya ada yang mempunyai penyakit hipertensi yaitu dari keluarga ibunya.

g. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Lemah
2. Kesadaran
a) Kualitas : Compos Mentis
b) Kuantitas : E4V6M5 = 15
3. Tanda-tanda Vital
TD : 110/80 mmHg
N : 109 x/menit
S : 36,6 celcius
Rr : 24 x/menit
SPO2 : 98%

4. Sistem Pernafasan
 - a) Hidung
Inspeksi (Hidung simetris, tidak terdapat sekret ataupun polip, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan). Palpasi (Tidak ada nyeri tekan di area hidung).
 - b) Dada / paru-paru
Inspeksi (Bentuk dada simetris, tidak ada benjolan, tidak terdapat jejas, ekspansi paru-paru kanan dan kiri sama). Palpasi (Vocal pemitus kanan dan kiri sama, tidak terdapat nyeri tekan). Perkusi (suara paru sonor). Auskultasi (Tidak terdapat suara nafas tambahan)
5. Sistem Kardiovaskuler
Inspeksi (Tidak terdapat sianosis pada bibir, membran mukosa bibir kering, tidak ada peninggian vena jugularis, tidak terdapat adanya perbesaran jantung). Palpasi (Ictus cordis teraba). Perkusi (Suara jantung lupdup). Auskultasi (S1/S2 suara reguler)
6. Sistem Pencernaan
 - a) Mulut, Gigi, dan Tenggorokan
Inspeksi (Tidak terdapat sianosis pada bibir, membran mukosa bibir kering, refleks dan fungsi menelan baik, kemampuan bicara baik). Palpasi (Tidak ada nyeri tekan di area mulut dan tenggorokan, tidak terdapat pembengkakan kelenjar tyroid)
 - b) Abdomen
Inspeksi (Terdapat luka post operasi endiktomi diperut kanan bawah dengan panjang kurang lebih 7-10 cm). Palpasi (Ada nyeri tekan). Perkusi (Suara tympani). Auskultasi (Bising usus 8x/menit).
7. Sistem Perkemihan (Genetalia)
Inspeksi (Terpasang dowwer cateter, tidak terlihat adanya pembengkakan). Palpasi (Tidak ada nyeri tekan).
8. Sistem Penglihatan
Inspeksi (Bentuk simetris, konjungtiva an anemis, sklera an ikterik, refleks pupil isokor, fungsi penglihatan normal, tidak terdapat lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan). Palpasi (Tidak ada nyeri tekan)
9. Sistem Endokrin
Inspeksi (Bentuk leher simetris, tidak ada lesi). Palpasi (Tidak terdapat pembengkakan di area leher, tidak ada benjolan, tidak ditemukan perbesaran kelenjar tyroid, nadi karotis teraba, tidak ada memar maupun nyeri)
10. Sistem Pendengaran
Inspeksi (Bentuk normal dan simetris, tidak ada memar dan oedema, tidak ada serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar). Palpasi (Tidak ada nyeri tekan).
11. Sistem Muskuloskeletal
 - a) Ekstremitas Atas
Ekstremitas atas kanan dan kiri lengkap, tidak terdapat pembengkakan, tidak ada kelainan, tidak ada nyeri, CRT >2 detik
 - b) Ekstemitas Bawah
Ekstremitas bawah kanan dan kiri lengkap, tidak tedapat pembengkakan, tidak ada kelainan, tidak ada nyeri, dengan kekuatan otot :
$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

12. Sistem Integumen

Inspeksi (Warna kulit sawo matang, tidak ada sianosis, kondisi kulit bersih, tidak terdapat lesi, tidak terdapat penyakit kulit). Palpasi (Tidak ada nyeri tekan)

13. Sistem Persyarafan

a) Nervus I (Olfactorius)

Fungsi penciuman baik, pasien dapat membedakan bau wangi dan bau tidak sedap, pasien dapat membedakan bau kayu putih dan bau parfum

b) Nervus II (Opticus)

Letak kedua mata simetris, jarak pandang pasien normal, fungsi penglihatan baik terlihat saat perawat meminta pasien untuk menyebutkan jari yang di perlihatkan ke pasien

c) Nervus III (Okulomotorius)

Bentuk kedua mata simetris, pergerakan kedua mata normal, pasien dapat menggerakkan kedua bola matanya

d) Nervus IV (Trochlearis)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, pasien dapat memutar bola matanya

e) Nervus V (Trigeminus)

Pasien dapat membuka dan menutup mata dengan baik, pasien dapat mengunyah dan menelan dengan baik

f) Nervus VI (Abducens)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke samping dan ke depan

g) Nervus VII (Facialis)

Senyum pasien simetris, pasien dapat mengangkat alis dan menggerakkan lidah

h) Nervus VIII (Vestibulo)

Pendengaran pasien normal, ditandai dengan pasien mampu menjawab setiap pertanyaan yang di ajukan oleh perawat

i) Nervus IX (Glosfaringeus)

Pasien dapat membedakan rasa manis dan asin pada saat makan

j) Nervus X (Vagus)

Gerakan lidah baik, fungsi sensorik dan motorik baik, pasien dapat menelan saliva

k) Nervus XI (Acessoris)

Gerakan kepala dan bahu normal, ditandai dengan pasien dapat mengikuti arahan dari perawat dan dapat mengangkat bahu ketika dikasih sedikit penekanan oleh tangan perawat

l) Nervus XII (Hipoglosus)

Pasien dapat menjulirkan lidah dengan menggerakkan dari kiri ke kanan dan dari kanan ke kiri

h. Pola Aktivitas

No	Jenis Pengkajian	Sebelum Sakit	Sesudah Sakit
1.	Pola Nutrisi		
a.	Makan		
	Frekuensi	3x1 hari	3x1 hari
	Jenis	Nasi	Bubur
	Porsi	1 porsi habis	1 porsi habis
	Cara	Oral – mandiri	Oral-mandiri
	Keluhan	Tidak ada	Tidak Ada
b.	Minum		
	Frekuensi	8 gelas/hari	4-6 gelas/hari
	Jenis	Air putih	Air putih
	Cara	Oral – mandiri	Oral-mandiri
	Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada
2.	Pola Eliminasi		
a.	BAB		
	Frekuensi	1-2x/hari	0-1x/hari
	Konsistensinya	Lembek	Lembek
	Warna	Kuning khas	Kuning
	Bau	Khas feses	Khas feses
	Cara	Mandiri	Mandiri
	Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada
b.	BAK		
	Frekuensi	4-5x/hari	4-5x/hari
	Warna	Kuning jernih	Kuning
	Bau	Khas amoniak	Khas amoniak
	Cara	Mandiri	Mandiri
	Keluhan	-	-
3.	Pola istirahat tidur		
a.	Malam	8 jam/malam	4 jam/malam
b.	Siang	2 jam/hari	1 jam/hari
4.	Personal Hygiene		
a.	Mandi	2x/hari	-
b.	Gosok gigi	2x/hari	-
c.	Ganti pakaian	2x/hari	2x/hari
d.	Keluhan	Tidak Ada	Kesulitan Imobilisasi

i. Data Penunjang

1. Data Psikologis

a) Status Mental

Emosi pasien stabil, terlihat pasien mau bekerjasama saat dilakukan pemeriksaan dan tindakan oleh perawat

b) Kecemasan

Pasien tampak tenang meski ada rasa sedih dengan keadaannya saat saat itu

c) Pola Koping

Dalam memecahkan masalah pasien selalu mendiskusikannya dengan keluarga

d) Gaya komunikasi

Pasien dapat berbicara dengan jelas saat ditanya oleh perawat dengan menggunakan bahasa yang baik dan benar.

2. Data Sosial

Pasien dapat berhubungan baik dengan keluarga dengan orang lain, terbukti saat pasien menunjukkan sikap baik dan kooperatif pada tim medis.

3. Data Spiritual

a) Falsafah Hidup

Pasien mempercayai akan adanya sehat dan sakit, pasien percaya bahwa sakit yang dideritanya merupakan bagian dari ujian yang diberikan oleh Allah SWT

b) Keyakinan akan sembuh

Pasien begitu optimis akan sembuh dan Allah akan selalu memberikan yang terbaik untuk dirinya

c) Konsep Ketuhanan

Pasien beragama Islam dan yakin adanya Allah SWT

j. **Pemeriksaan Penunjang**

a) Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan laboratorium ke-1

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal dan Satuan Hasil	Interpretasi
Elektrolit (Na, K, Ca)			
Natrium	131	135~145 MEq/L	Normal
Kalium	4.1	3.6~5.5 MEq/L	Normal
Kalsium Ion	1.21	1.17~1.29 mmol/l	Normal
Hematology			
TT	33.3	28.9~41.6 Detik	Normal
-INR			
TT	17.5	11.6~16.7 Detik	Menaik
NR	1.35	0.83 – 1.20 Detik	Menaik
Hematologi Analizer			
Darah Perifer Lengkap (DPL) +			
Hemoglobin	14.7	14~17.5 gr/dl	Normal
Leukosit	10.5	4.4~11.3 ribu/mm ³	Normal
Trombosit	305	150-450 ribu/mm ³	Normal
Hematokrit	45	40-52 %	Normal
Eritrosit	5.5	4.5~5.9 juta/UL	Normal
Easinofil	0	0~5 %	Normal
Basofil	0	0~1 %	Normal
Netrofil	85	50~70 %	Menaik
Limfosit	8	22-40 %	Menurun
Monosit	7	2-8 %	Normal
MCV	82	80 ~ 96 fl	Normal
MCH	27	26-33 pg	Normal
MCHC	33	32-36 %	Normal
Kimia Klinik			
AST (SGOT)	21	<36 U/l	Normal
ALT (SGPT)	18	<46 U/l	Normal
Kreanin	0.9	0.8 – 1.3 mg/dl	Normal
Ureum	22	15-50 mg/dl	Normal
Glukosa Darah Sewaktu	134	<140 mg/dl	Normal

2) Pemeriksaan Laboratorium Ke-2

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal dan Satuan Hasil	Interpretasi
Elektrolit (Na, K, Ca)			
Natrium	135	135~145 MEq/L	Normal
Kalium	3.8	3.6~5.5 MEq/L	Normala
Kalsium Ion	1.14	1.17~1.29 mmol/l	Menurun

b) Therapy Obat

Therapy	Dosis	Rute	Keterangan
Infus NaCl	20 tpm x 500ml	Intravena	Cairan Kristaloid
Ceftriaxone	1x1	Intravena	Antibiotik
Omeprazole	1x1	Intravena	Lambung
Metronidazole	3x1	Intravena	Antibiotik
Ketorolac	3x	Intravena	Analgesik

k. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <p>P : Nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat</p> <p>Q : Nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk dan perih</p> <p>R : Nyeri pada luka post operasinya (luka post apendiktomi) yang berada di perut kanan bawah</p> <p>S : Skala nyeri 6 (1-10)</p> <p>T : Nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Skala nyeri 6 - Pasien tampak berhati-hati saat bergerak - Pasien tampak meringis dan memegang perut saat menahan batuk - Pasien tampak lemas - Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHG R : 22 x/menit N : 96 x/menit S : 36,5 derajat celcius 	<p>Apendiks</p> <p>↓</p> <p>Erosi mukosa apendiks</p> <p>↓</p> <p>Sumbatan</p> <p>↓</p> <p>Mukosa terbungung</p> <p>↓</p> <p>Tekanan intra lummal</p> <p>↓</p> <p>Aliran darah terganggu</p> <p>↓</p> <p>Ulserasi dan invasi bakteri pada dinding apendiks</p> <p>↓</p> <p>Apendisitis</p> <p>↓</p> <p>Pembengkakan dan iskemia</p> <p>↓</p> <p>Perforasi/peritonitis</p> <p>↓</p> <p>Pembedahan (operasi apendiktomi)</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi apendiktomi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri akut

<p>2. DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit tidur karena rasa nyeri yang dirasakannya - Pasien mengatakan tidurnya selalu terganggu karena tiba-tiba nyeri pada luka post operasinya terasa <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis menahan rasa sakitnya - Pasien terlihat gelisah sulit tidur - Pasien terlihat terganggu tidurnya - Tidur pasien tidak teratur 	<p>Pembedahan apendiktomi</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi apendiktomi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>
---	---	----------------------------

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien apendisitis dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa	Nomor Diagnosa	Halaman
1	Nyeri Akut	0077	172
2	Gangguan pola tidur	0055	128

Sumber: Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, PPNI (2016)

3. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Tabel Intervensi dan Luaran Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri akut b/d agen cedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Ekspresi meringis menurun 3. Skala nyeri menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri, dan intensitas nyeri. 2. Monitor keadaan umum pasien 3. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri 4. Kurangi/eliminasi faktor yang dapat meningkatkan nyeri 5. Dorong keluarga pasien untuk memonitori nyeri dan menangani nyeri dengan tepat 6. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi untuk menurunkan nyeri 7. Kolaborasi pemberian terapi analgetik	1. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien 2. Mengkaji karakteristik nyeri 3. Memantau skala nyeri 4. Mengajarkan pasien tentang teknik non farmakologi yaitu teknik distraksi dan relaksasi, dengan melatih nafas dalam dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri. 5. Menganjurkan untuk banyak beristirahat 6. Menggali faktor yang menurunkan dan memperberat nyeri 7. Kolaborasi pemberian terapi obat analgetik yaitu ketorolac 30mg dengan cara intravena.	S : Pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang tidak sesakit sebelumnya O : Skala nyeri 4, Pasien nampak lebih rileks dari sebelumnya, Ekspresi pasien nampak lebih rileks, tidak meringis seperti sebelumnya A : Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 1. Kaji karakteristik nyeri 2. Monitor keadaan umum pasien 3. Ajarkan dan anjurkan pasien tentang teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi untuk menurunkan nyeri 4. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi.
2	Gangguan pola tidur b/d nyeri pada luka post operasi apendiktomi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6 jam diharapkan pola tidur dapat membaik dengan	1. Jelaskan semua prosedur pada pasien dan keluarga 2. Fasilitasi untuk mempertahankan kebiasaan tidur pasien	1. Mengobservasi TTV 2. Menganjurkan pasien untuk melakukan relaksasi dengan aromatherapy untuk meningkatkan	S : Pasien mengatakan tidurnya sudah lebih baik dari malam sebelumnya, tidak terlalu oleh rasa sakit O : - Pasien terlihat lebih rileks - Tidur 6-8 jam

berkurangnya
nyeri, dengan
kriteria hasil :

1. Pola tidur
membaik
2. Tidur
berkualitas
3. Tidur
normal
seperti
biasanya 8
jam/hari

3. Ciptakan lingkungan
yang tenang dan
mendukung
4. Posisikan pasien untuk
memfasilitasi
kenyamanan

- kenyamanan dan
menambah rileks
3. Mengganti alas tidur
pasien untuk
menghindari adanya
gatal dan untuk
mengurangi
kenyamanan pasien
 4. Posisikan pasien
sesuai dengan
kenyamanan pasien
 5. Menciptakan
lingkungan yang
nyaman

A : Masalah teratasi
P : Hentikan intervensi

Sumber: Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, PPNI (2016)

Kesimpulan

Kegiatan proses keperawatan yang dilakukan terhadap pasien Tn.A dengan diagnosa medis Apendisitis di ruang Anggrek RSUD Kota Banjar, saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data yang mendukung untuk menegakan dua diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang ditegakan antara lain nyeri akut, dan gangguan pola tidur. Untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang di temukan Perawat membuat perencanaan dan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan SOP serta melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan. Setelah dilakukan proses pemberian asuhan keperawatan dari tanggal 04-06 Januari 2022 dapat disimpulkan bahwa masalah-masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn.A dengan diagnosa medis Apendisitis dapat teratasi.

Daftar Pustaka

1. Fazriyah, N. (2017). Evaluasi Penggunaan Antibiotik Profilaksis pada Pasien Bedah Apendektomi dengan Metode ATC/DDD dan DU 90% di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng Periode Januari-Desember 2016. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, 2017.
2. Firmansyah, A., Setiawan, H., & Ariyanto, H. (2021). Studi Kasus Implementasi Evidence-Based Nursing: Water Tepid Sponge Bath Untuk Menurunkan Demam Pasien Tifoid. *Viva Medika: Jurnal Kesehatan, Kebidanan Dan Keperawatan*, 14(02), 174–181.
3. Irsan Prayogu, P., Hadi, I., & Wijayati, F. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati Rsud Kota Kendari. Poltekkes Kemenkes Kendari.
4. Kurniawati, K., & Kadir, A. (2020). Gambaran Tentang Kejadian Appendisitis Di Rs. Tk li Pelamonia Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15(4), 371–377.
5. Lilis Lismayanti, Andika Abdul Malik, Nida Siti Padilah, Fidy Anisa Firdaus, H. S. (2021). Warm Compress On Lowering Body Temperature Among Hyperthermia Patients: A Literature Review. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(3), 344–355.
6. Noviantoro, Y. (2018). Mobilisasi Dini Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Apendiktomi Dengan Indikasi Apendiksitis Akut Di Rs Bhayangkara Semarang. Universitas Muhammadiyah Semarang.
7. Saputro, N. E. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Apendisitis Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan (Di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Jombang). STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.
8. Setiawan, H., Nantia Khaerunnisa, R., Ariyanto, H., Fitriani, A., Anisa Firdaus, F., & Nugraha, D. (2021). Yoga Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Pasien Kanker: Literature Review. *Journal of Holistic Nursing Science*, 8(1), 75–88. <https://doi.org/10.31603/nursing.v8i1.3848>
9. Sitompul, B. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Appendisitis Dengan Masalah Keperawatan Kecemasan Menggunakan Terapi Teknik Relaksasi Benson di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Tahun 2020.
10. Suhanda, Setiawan, H., Ariyanto, H., & Oktavia, W. (2021). A Case Study: Murotal Distraction to Reduce Pain Level among Post-Mastectomy Patients Suhanda1,. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(3), 325–331. <https://doi.org/http://doi.org.10.35654/ijnhs.v4i3.461> Abstract.
11. Udkhiyah, A., & Jamaludin, J. (2020). Penerapan Terapi Guided Imagery Terhadap Penurunan

Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Di RSUD RA Kartini Jepara. *Jurnal Profesi Keperawatan (JPK)*, 7(2).

12. Widianti, W., Andriani, D., Firdaus, F. A., & Setiawan, H. (2021). Range of Motion Exercise to Improve Muscle Strength among Stroke Patients: A Literature Review. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(3), 332–343.
13. Windy, C. S., & Sabir, M. (2016). Perbandingan Antara Suhu Tubuh, Kadar Leukosit, Dan Platelet Distribution Width (Pdw) Pada Apendisitis Akut Dan Apendisitis Perforasi Di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu Tahun 2014. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 2(2), 24–32.