

MAKALAH TUTORIAL KEPERAWATAN DEWASA

Dosen Pengampu : Septiana Fathonah, S.Kep., Ns., M.Kep



Disusun Oleh :

Amarila Artika Sari	SKA32024201
Eudonia Renyaan	SKA32024212
Hanum Salsabila	SKA32024216
Laila Dina Arifah	SKA32024221
Lia Nur Anggaraeni	SKA32024223
Maulidina Akmalia R	SKA32024227
Nabila Eka N	SKA32024230
Nadia Dwi A	SKA32024231
Oktavia Natasya S	SKA32024236
Salsa Hasna Kusuma	SKA32024243
Salsabilla Farah Nuraini	SKA32024244

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA**

2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan makalah Tutorial Keperawatan Dewasa tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Apendisitis Akut dengan baik. Makalah ini disusun untuk memenuhi salah satu tugas mata kuliah Keperawatan Dewasa.

Kami berharap makalah ini dapat menambah wawasan dan pemahaman mengenai apendisitis akut serta penerapan asuhan keperawatan pada pasien. Kami menyadari bahwa makalah ini masih memiliki kekurangan, sehingga kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan di masa mendatang.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada Ibu Septiana Fathonah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku dosen pengampu serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan makalah ini. Semoga makalah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Yogyakarta, 7 Juli 2026

Penyusun

DAFTAR ISI

STEP 1 (IDENTIFIKASI ISTILAH ASING)	3
STEP 2 (Mengidentifikasi Masalah)	4
STEP 3 (Menjawab step 2).....	5
STEP 4 Mind mapping	7
STEP 5.....	7
ASUHAN KEPERAWATAN	15

STEP 1 (IDENTIFIKASI ISTILAH ASING)

1. Nyeri Tumpul (Nadia)
2. Fossa iliaka kanan (Nabila)
3. Mc. Burney (Eudonia)
4. Rovsing Sign (Okta)
5. Blumberg sign (Laila)
6. SIAS (Hanum)
7. Obturator sign (Dina)
8. Hipereteksi (Amarila)
9. Rotasi internal (Salsa Hasna)
10. Sumeng (Salsabilla Farah)
11. Psoas sign (Lia)

1. Nyeri tumpul Adalah nyeri yang terasa tidak tajam, menekan, pegal, atau ngilu, dan biasanya sulit ditunjukkan secara tepat Lokasi oleh pasien. **(Hanum)**
2. - Bagian kanan bawah abdomen **(Lia)**
 - Area cekungan bagian kanan bawah **(Amarila)**
3. - Titik letak apendis pada abdomen yang biasannya nyeri pada apendisitis tepatnya di kanan tepatnya di umbilikus **(Dina)**
 - Titik tersebut sering digunakan untuk membantu identifikasi nyeri apendisitis **(Nadia)**
4. - Salah satu pemeriksaan fisik yang digunakan oleh tenaga medis untuk membantu mendiagnosis radang usus buntu akut **(Salsa Hasna)**
 - Menekan kuadrat kiri bawah menimbulkan nyeri dikuadran kanan / nyeri perut kanan bawah saat perut kiri bawah ditekan **(Hanum)**
5. - Nyeri saat kanan pada perut dilepaskan **(Eudonia)**
 - Menunjukkan peradangan selaput perut **(Nabila)**
 - Prosedur pemeriksaan meringis dan mengeluh nyeri hebat saat ditekan tandanya positif **(Dina)**
6. Tonjolan tulang punggung didepan menjadi landamark anatomi **(Hanum)**

7. - Nyeri di perut kanan bawah saat paha kanan ditekuk dan diputar ke arah dalam (Salsabila Farah)
 - Sering digunakan untuk membantu menegaskan diagnose apendisitis (Nabila)
 - Menunjukkan iritasi apendiks
8. - Sendi tubuh terdorong / tertekuk melebihi batas tentang Gerak normal (Lia)
 - Sendi yang digerakan /diluruskan melebihi batas normal (Nadia)
9. Gerakan memutar tubuh ke arah dalam menuju garis Tengan tubuh (Amel)
10. Kondisi Ketika badan terasa tidak enak seperti, meriang, lemas, dan kadang disertai demam ringan. Kondisi ini sering muncul saat tubuh mengalami infeksi atau peradangan. (Salsabila Farah)
11. - Nyeri etensi pada panggul kanan (Laila)
 - Nyeri muncul saat pasien melakukan hiperektensi panggul kanan (Hanum)

STEP 2 (Mengidentifikasi Masalah)

1. Mengapa nyeri pertama terasa disekitar pusar lalu berpindah ke perut kanan bawah (**Nadia**)
2. Apa yang akan terjadi jika peradangan usus buntu tidak segera ditangani? (**Nabila**)
3. Mengapa pasien mengalami mual, muntah dan anoreksia (**eudonia**)
4. Apa penyebab anoreksia pada pasien tersebut (**Oktavia**)
5. Apa diagnosis yang mungkin muncul pada kasus ini(**Laila**)
6. Pemeriksaan penunjang apa yang diperlukan konfirm diagnosis (**Hanum**)
7. Mengapa pasien berjalan membungkuk (Dina)
8. Mengapa perubahan Lokasi nyeri dari periumbilical fosaka ilia kanan menjadi petunjuk penting dalam menegaskan diagnosis (**Amarila**)

9. Mengapa titik Mc. Burney menjadi Lokasi nyeri tekan yang paling pas pada apendisitis akut (**Salsa Hasna**)
10. Mengapa pemeriksaan darah lengkap & USG dipilih sebagai pemeriksaan awal dibanding CT Scan. (**Salsabila Farah**)
11. Apa intervensi yang tepat untuk kasus tersebut (**Lia**)

STEP 3 (Menjawab step 2)

1. – nyeri awal disekitar pusar terjadi karena iritasi syaraf fiseral pada apendiks (**Nabila**)
 - Karena pada fase awal peradangan hanya mengenai apendiks sehingga bersifat fiseral (**Dina**)
2. – mungkin usus buntunya pecah dan infeksi menyebar (**Lia**)
 - Dapat terjadi abses spesifik perforasi apendiks dan peritonitis (**Dina**)
3. Karena adanya peradangan pada apendiks yang merangsang saraf dan saluran pencernaan
4. Karena adanya iritasi saluran pencernaan akibat proses inflamasi (**Dina**)
5. – Apendisitis akut (**Nadia**)
 - Nyeri akut (**oktavia**)
 - Defisit nutrisi, hipertermi, hypervolume cairan (**Hanum**)
 - Axiety (**Nabila**)
6. Pemeriksaan meliputi: cek darah lengkap, USG abdomen, CT Scan, urinalis (**Laila**)
7. – Gerakan tubuh menyebabkan peritonium ikut bergerak (**Amarila**)
 - Untuk mengurangi nyeri pergerakan perut (**Dina**)
 - Karena nyeri di perut kanan bawah untuk mengurangi nyeri (**Eudonia**)
 - Karena posisi membungkuk membuat lebih rileks (**Nadia**)
8. Karena implementasi telah tercapai peritonium pariteral sehingga nyeri jadi terlokalisasi sehingga pemeriksaan positif (**Dina**)
9. – Titik Mc. Burney merupakan proyeksi anatomi dasar apendiks (**Salsabila Farah**)
 - Inflamasi apendiks menyebabkan nyeri maksimal pada Lokasi

(Amarila)

10. Karena USG mudah dilakukan Cepat & tidak menggunakan radiasi ,
Bisaya lebih rendah dibandingkan CT Scan (**Salsa Hasna**)
11. Jika Diagnosis utama nyeri akut b.d proses inflamasi apendiks maka,
Intervensi Keperawatan (SIKI) (**Hanum**)

Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
- b. Monitor skala nyeri secara berkala
- c. Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, respirasi, suhu).
- d. Observasi adanya tanda komplikasi seperti nyeri yang semakin berat, rigiditas abdomen, atau tanda peritonitis.

Terapeutik

- a. Berikan posisi nyaman (semi-Fowler atau posisi yang mengurangi nyeri).
- b. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman
- c. Anjurkan teknik relaksasi napas dalam
- d. Pertahankan status NPO (puasa) sesuai program medis.
- e. Hindari pemberian kompres hangat pada abdomen karena dapat meningkatkan risiko ruptur apendiks.

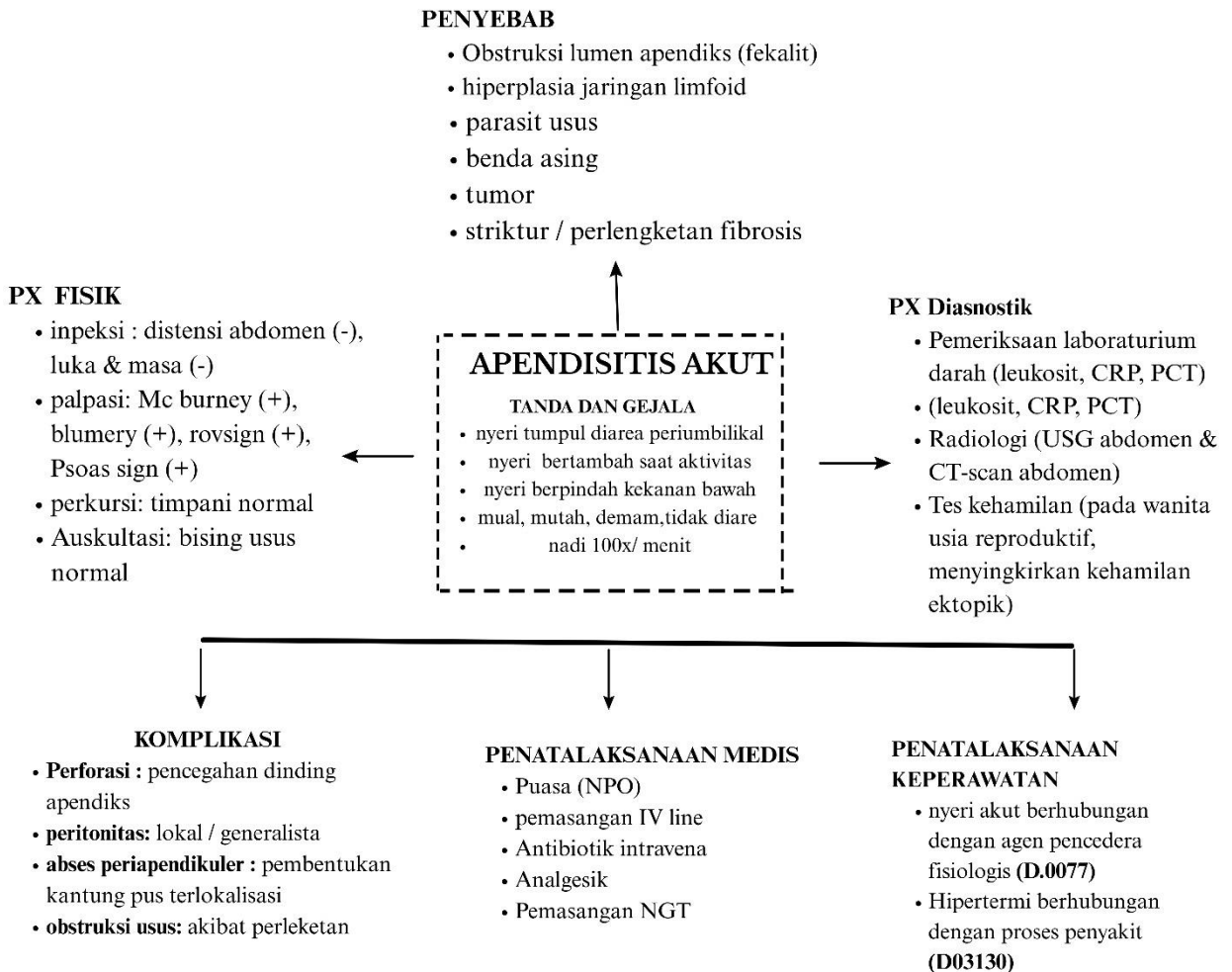
Edukasi

- a. Jelaskan penyebab nyeri yang dialami pasien.
- b. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.
- c. Informasikan pentingnya istirahat dan pembatasan aktivitas yang dapat memperberat nyeri.

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgesik sesuai program terapi.
- Kolaborasi pemberian antibiotik.

STEP 4 Mind mapping



STEP 5

- Jelaskan patofisiologi & komplikasi apendisitis akut
- Apa penatalaksanaan medis pada apendisitis akut
- Jelaskan anatomi & fisiologi apendis
- Pemeriksaan fisik dan penunjang apendis
- Etiologi apendisitis akut

6. Apa hasil pemeriksaan penunjang apendis
7. Apa faktor Risiko apendis akut
8. Manifestasi klinis apendisitis akut
9. ASKEP (sampai intervensi)

1. Jelaskan patofisiologi & komplikasi apendisitis akut:

Patofisiologi

Apendisitis akut diawali dengan obstruksi lumen apendiks. Obstruksi ini paling sering disebabkan oleh fecalith (tinja yang mengeras), hiperplasia jaringan limfoid (akibat infeksi), atau benda asing.

Proses terjadinya apendisitis akut umumnya mengikuti urutan berikut:

- a. **Obstruksi lumen apendiks** — disebabkan oleh fekalit (massa feses mengeras), hiperplasia jaringan limfoid, benda asing, parasit (misal Ascaris), atau tumor.
- b. **Akumulasi mukus** — sekresi mukus terus berlanjut meski lumen tersumbat, menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal
- c. **Distensi apendiks** — tekanan yang meningkat merangsang ujung saraf aferen viseral (nyeri visceral, biasanya dirasakan di periumbilikal).
- d. **Gangguan aliran limfatik dan vena** — tekanan tinggi menekan pembuluh limfe dan vena dahulu (lebih mudah tertekan), menyebabkan edema dinding apendiks.
- e. **Invasi bakteri** — mukosa yang edema rentan terhadap translokasi bakteri (*E. coli*, *Bacteroides fragilis*, dll), memicu inflamasi.
- f. **Gangguan aliran arteri (iskemia)** — tekanan terus meningkat hingga menekan suplai arteri, menyebabkan iskemia jaringan.
- g. **Nekrosis dan gangren** — iskemia berlanjut menyebabkan kematian jaringan dinding apendiks.
- h. **Perforasi** — dinding yang nekrotik pecah, isi apendiks (bakteri, pus) tumpah ke kavum peritoneum.

saat inflamasi mengenai peritoneum parietal (lokasi titik McBurney), nyeri berpindah dari periumbilikal menjadi nyeri somatik terlokalisasi di kuadran kanan bawah — inilah dasar tanda klasik **migrasi nyeri** pada apendisitis

2. Apa penatalaksanaan medis pd apendisitis akut:

- a. Pembedahan (konvensional atau laparaskopi) apabila diagnosa apendisitis telah ditegakan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.

Berikan obat antibiotik dan cairan IV sampai tindakan pembedahan dilakukan.

Agan analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakan.

Operasi (apendiktomi), bila diagnosa telah ditegakan yang harus dilakukan adalah operasi

membuang apendiks (apendiktomi). Penundaan apendiktomi dengan cara pemberian

antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan

drainage.

3. Jelaskan anatomi& fisiologi apendis:

- a. Fisiologi Appendisitis Secara fisiologis, apendiks menghasilkan lendir 1 – 2 ml per hari. Lendir normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalirkan ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks berperan pada patogenesis apendiks. Immunoglobulin sekreator yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue) yang terdapat di sepanjang saluran pencernaan termasuk apendiks ialah IgA. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai perlindungan terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfa disini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya disaluran cerna dan diseluruh tubuh (Arifin, 2014).

4. Pemeriksaan fisik & penunjang apendiks:

- a. Pada pemeriksaan fisik apendisitis akut dapat ditemukan beberapa tanda khas, antara lain Rovsing sign, yaitu nyeri pada kuadran kanan bawah saat dilakukan palpasi pada kuadran kiri bawah abdomen; Psoas sign, yaitu timbulnya nyeri akibat ekstensi pasif panggul kanan yang mengindikasikan iritasi otot psoas; Obturator sign, yaitu nyeri yang muncul saat fleksi dan rotasi internal panggul kanan yang menunjukkan kemungkinan inflamasi apendiks pada posisi pelvis; serta Blumberg sign (rebound tenderness), yaitu nyeri yang meningkat ketika tekanan pada abdomen dilepaskan secara tiba-tiba. Tanda-tanda tersebut memiliki nilai diagnostik yang lebih besar ketika hasilnya positif karena dapat meningkatkan kemungkinan diagnosis apendisitis akut, namun hasil negatif tidak cukup untuk menyingkirkan diagnosis penyakit tersebut. (Tekiner dan Yale, 2022)

PEMERIKSAAN PENUNJANG

1) Pemeriksaan laboratorium

- a. Leukosit Darah untuk Pemeriksaan laboratorium rutin sangat membantu dalam mendiagnosis Apendisitis akut, terutama mengesampingkan diagnosis lain. Pemeriksaan laboratorium yang rutin dilakukan adalah jumlah leukosit darah. Jumlah leukosit darah biasanya meningkat pada kasus Apendisitis. Hitung jumlah leukosit darah merupakan pemeriksaan yang mudah dilakukan dan memiliki standar pemeriksaan terbaik. Pada kebanyakan kasus terdapat leukositosis, terlebih pada kasus dengan komplikasi berupa perforasi. Penelitian yang dilakukan oleh Guraya SY menyatakan bahwa peningkatan jumlah leukosit darah yang tinggi merupakan indikator yang dapat menentukan derajat keparahan Apendisitis. Tetapi, penyakit inflamasi pelvik terutama pada wanita akan memberikan gambaran laboratorium yang terkadang sulit dibedakan dengan Apendisitis akut (Suprpto & Hasdianah 2016) Terjadinya Apendisitis akut dan adanya perubahan dinding Apendiks vermiformis

secara signifikan berhubungan dengan meningkatnya jumlah leukosit darah. Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan jumlah leukosit berhubungan dengan peradangan mural dari Apendiks vermiformis, yang merupakan tanda khas pada Apendisitis secara dini.

Beberapa penulis menekankan bahwa leukosit darah polimorfik merupakan fitur penting dalam mendiagnosis Apendisitis akut. Leukositosis ringan, mulai dari 10.000-18.000 sel/mm³, biasanya terdapat pada pasien Apendisitis akut. Namun, peningkatan jumlah leukosit darah berbeda pada setiap pasien Apendisitis. Beberapa pustaka lain menyebutkan bahwa leukosit darah yang meningkat >12.000 sel/mm³ pada sekitar tiga-perempat dari pasien dengan Apendisitis akut. Apabila jumlah leukosit darah meningkat >18.000 sel/mm³ menyebabkan kemungkinan terjadinya komplikasi berupa perforasi.

- b. Urinalisis Sekitar 10% pasien dengan nyeri perut memiliki penyakit saluran kemih. Pemeriksaan laboratorium urin dapat mengkonfirmasi atau menyingkirkan penyebab urologi yang menyebabkan nyeri perut. Meskipun proses inflamasi Apendisitis akut dapat menyebabkan piuria, hematuria, atau bakteri uria sebanyak 40% pasien, jumlah eritrosit pada urinalisis yang melebihi 30 sel per lapangan pandang atau jumlah leukosit yang melebihi 20 sel per lapangan pandang menunjukkan terdapatnya gangguan saluran kemih.
- c. Radiografi konvensional Pada foto polos abdomen, meskipun sering digunakan sebagai bagian dari pemeriksaan umum pada pasien dengan abdomen akut, jarang membantu dalam mendiagnosis Apendisitis akut. Pasien dengan Apendisitis akut, sering terdapat gambaran gas usus abnormal yang non spesifik. Pemeriksaan tambahan. radiografi lainnya yaitu pemeriksaan barium enema dan scan leukosit berlabel radioaktif. Jika barium enema mengisi pada Apendiks vermiformis, diagnosis Apendisitis ditiadakan.
- d. Ultrasonografi

Ultrasonografi berguna dalam memberikan diferensiasi penyebab nyeri abdomen akut ginekologi, misalnya dalam mendeteksi massa ovarium. Ultrasonografi juga dapat membantu dalam mendiagnosis Apendisitis perforasi dengan adanya abses. Apendisitis akut ditandai dengan (1) adanya perbedaan densitas pada lapisan Apendiks vermiformis/ hilangnya lapisan normal (target sign); (2) penebalan dinding Apendiks vermiformis; (3) hilangnya kompresibilitas dari Apendiks vermiformis; (4) peningkatan ekogenitas lemak sekitar (5) adanya penimbunan cairan. Keadaan Apendisitis dengan perforasi ditandai dengan (1) tebal dinding Apendiks vermiformis yang asimetris; (2) cairan bebas intraperitonial, dan (3) abses tunggal atau multipel (Suprpto & Hasdianah 2016)

5. Etiologi apendisitis akut:

a. faktor pencetus menurut bentuk apendiks berdasarkan (Taufiq El-Haque & Ismayanti, 2022) yaitu:

- 1) Apendiks terlalu Panjang
- 2) Massa apendiks pendek
- 3) Penonjolan jaringan limfoid di rongga apendiks
- 4) Katup abnormal di pangkal apendiks
- 5) Apendisitis di klasifikasikan menjadi apendisitis menjadi 3 yaitu apendisitis akut, rekuren dan kronis. Apendisitis akut adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri dan pemicunya adalah penyumbatan lumen usus buntu. Gejala apendisitis akut yaitu nyeri tumpul samar di daerah epigastrium sekitar umbilikus dan disertai mual muntah. Sedangkan apendisitis rekuren terjadi apabila ada riwayat nyeri berulang di perut kanan bawah, gangguan ini terjadi ketika serangan pertama apendisitis akut sembuh secara spontan. Dan pada apendisitis kronis dengan riwayat nyeri perut lebih dari 2 minggu, semua gejala peradangan kronis apendiks makroskopis dan mikroskopis (fibrosis lengkap dinding apendiks, obstruksi parsial atau lumen apendiks. Keluhan pada apendisitis akan hilang setelah operasi

usus buntu atau apendektomi(Taufiq El-Haque & Ismayanti, 2022).

6. Apa faktor risiko apendisitis akut

- a. Faktor risiko apendisitis akut meliputi usia 10–30 tahun, riwayat keluarga dengan apendisitis, jenis kelamin laki-laki, serta kondisi imunokompromi. Individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat apendisitis diketahui memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit ini. Selain itu, apendisitis lebih sering ditemukan pada laki-laki dibandingkan perempuan. Risiko juga meningkat pada individu dengan sistem imun yang lemah, seperti pasien yang menjalani kemoterapi, menggunakan obat imunosupresan, atau memiliki kondisi yang menyebabkan penurunan fungsi sistem kekebalan tubuh (Health, 2025).

7. manifestasi klinis apendisitis akut

1. Nyeri: Apendisitis merupakan penyebab umum nyeri perut, yang disebabkan oleh peradangan akut pada usus buntu
2. Distensi abdomen: Peradangan yang terjadi pada apendiks dapat menyebabkan distensi dan infeksi apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan.
3. Konstipasi: Konstipasi atau sembelit pada usus buntu terjadi karena pada saat usus buntu terinfeksi, usus besar tidak dapat melakukan proses defekasi atau pengeluaran feses secara normal
 - a. Manifestasi klinis yang khas pada apendisitis akut adalah nyeri kolik di periumbilical yang kemudian bermigrasi kuadran kanan bawah dalam waktu 24 jam.
 - b. Manifestasi klinis adalah tanda dan gejala yang muncul pada pasien akibat suatu penyakit. Pada apendisitis akut, gejala biasanya muncul secara bertahap dan semakin berat jika tidak segera ditangani. Manifestasi klinis membantu tenaga kesehatan dalam menegaskan diagnosis apendisitis akut (Di Saverio et al., 2020; Dahiya et al.,

2024). Manifestasi Klinis Beberapa tanda dan gejala yang sering ditemukan pada pasien apendisitis akut, antara lain:

- 1) Nyeri perut yang awalnya terasa di sekitar pusar, kemudian berpindah ke perut kanan bawah.
- 2) Nyeri bertambah saat berjalan, batuk, atau bergerak. Mual dan muntah, Nafsu makan menurun, Demam ringan, Nyeri tekan pada perut kanan bawah, terutama di titik McBurney.
- 3) Pada beberapa kasus dapat disertai sembelit atau diare (Di Saverio et al., 2020; Dahiya et al., 2024).

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Deskripsi Kasus

Seorang pasien Laki-laki, Tn. Budi (25 tahun) mengeluh Nyeri perut kanan bawah sejak 12 jam lalu.

Anamnesis (Kronologi Gejala):

24 Jam lalu: Pasien merasakan nyeri tumpul di sekitar pusar (periumbilikal) dan hilang nafsu makan (anoreksia).

12 Jam lalu: Nyeri berpindah dan terasa tajam di perut kanan bawah (fossa iliaka kanan). Nyeri bertambah parah saat berjalan atau batuk.

Gejala penyerta: Mual, sempat muntah 1 kali, dan demam ringan (sumeng). Tidak ada diare.

Pemeriksaan Fisik (Penting):

Keadaan umum: Tampak sakit ringan/sedang, jalan membungkuk menahan nyeri.

Tanda Vital: TD: 120/80 mmHg, Nadi: 100x/menit, Suhu: 38.8°C.

Abdomen (Perut):

Inspeksi: Datar, tidak tampak kelainan.

Palpasi: Nyeri tekan maksimal di titik McBurney (sepertiga lateral dari garis SIAS kanan ke umbilikus).

Blumberg sign (Nyeri lepas): Positif di kanan bawah.

Rovsing sign: Positif (tekan kiri, nyeri kanan).

Psoas sign: Positif (nyeri saat hiperekstensi panggul kanan).

Obturator sign: Positif (nyeri saat rotasi internal panggul kanan).

Pemeriksaan Penunjang (Usulan):

Darah Lengkap dan USG Abdomen, Operasi (menunggu kepastian hasil pemeriksaan Penunjang).

B. Pengkajian

1) Identitas pasien

Nama : Tn. Budi
Umur : 25 tahun
Jenis kelamin : Laki -Laki

2) Riwayat Kesehatan

- a) **Keluhan utama** : Nyeri perut kanan bawah sejak 12 jam yang lalu
- b) **Riwayat penyakit sekarang:** 24 jam sebelum masuk rumah sakit pasien merasakan nyeri tumpul di sekitar umbilikus. Disertai anoreksia, 12 jam kemudian nyeri berpindah ke kuadran kanan bawah dan semakin tajam, Nyeri bertambah saat berjalan, batuk, atau bergerak, Disertai mual, muntah satu kali, dan demam. Dan tidak terdapat diare
- c) **Riwayat penyakit dahulu:** Tidak diketahui adanya penyakit kronis dan Tidak ada riwayat operasi abdomen.
- d) **Riwayat penyakit keluarga**

3) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum: tampak sakit ringan – sedang, posisi membungkuk menahan nyeri, kesadaran compos mentis.
- b) Tanda tanda vital : TD : 120/80 mmHg , Nadi : 100 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 38,8°C.
- c) Inpeksi: Abdomen datar, Tidak tampak distensi Palpasi, Nyeri tekan titik McBurney (+), Blumberg Sign (+), Rovsing Sign (+), Psoas Sign (+), Obturator Sign (+), Defans muskular ringan
- d) Perkusi : timpani normal
- e) Auskultasi: bising usus normal dan sedikit menurun.

4) Pemeriksaan penunjang

Tidak ada pemeriksaan penunjang khusus dilakukan.

C. Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	Ds : - Pasien mengatakan nyeri perut kanan bawah - Pasien mengatakan nyeri perut bawah bertambah saat bergerak - Pasien mengatakan nafsu makan menurun Do : - Skala nyeri diperkirakan 7–8/10 - Wajah meringis	Agen pencedera fisiologis (inflamasi apendiks) ditandai dengan inflamasi pada dinding apendiks yang menyebabkan pelepasan mediator inflamasi sehingga merangsang reseptor nyeri.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi apendiks)
2.	Ds : - Pasien mengatakan badannya terasa demam/sumeng. - Pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah sejak 12 jam lalu. Do : - Suhu tubuh 38,8°C. - Nadi 100 x/menit (takikardia).	Proses inflamasi pada apendiks (apendisitis akut) yang menyebabkan pelepasan mediator inflamasi	Hipertermia berhubungan dengan proses inflamasi / infeksi

	- Nyeri tekan maksimal di titik McBurney.		
--	---	--	--

D. Diagnosa keperawatan

- 1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi apendiks)**
- 2. Hipertermia berhubungan dengan proses inflamasi / infeksi**

E. NURSING CARE PLAN

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Implementasi	Evaluasi
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi apendiks)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan durasi 20-30 mmenit setiap sesi. Diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non-verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	S: 1. Pasien mengatakan nyeri perut kanan bawah berkurang dan terasa lebih nyaman O: 1. Skala nyeri menurun, meringis dan gelisah berkurang, pasien tampak

	3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Pola napas membaik	dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgesik <i>Terapeutik:</i> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam, distraksi) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	5. Memonitor efek samping penggunaan analgesik 6. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam, distraksi) 7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Memfasilitasi istirahat dan tidur 9. Menlelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	lebih rileks, frekuensi nadi dan pola napas membaik. A: 1. Masalah nyeri akut teratasi sebagian. P: 1. Lanjutkan pemantauan nyeri, ajarkan teknik relaksasi, ciptakan lingkungan nyaman, dan kolaborasi pemberian
--	---	---	---	--

		3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgesik, bila perlu	10. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 11. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Mengkolaborasi pemberian analgesik, bila perlu	analgesik sesuai indikasi.
--	--	---	--	-----------------------------------

Hipertermia berhubungan dengan proses inflamasi / infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan durasi 20-30 mmenit setiap sesi. Diharapkan Termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh membaik 2. Menggigil menurun 3. Takikardia menurun 4.	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi: 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit Terapeutik: 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi,	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia 2. Memonitor suhu tubuh 3. Memonitor kadar elektrolit 4. Melonggarkan atau lepaskan pakaian 5. Memberikan cairan oral 6. Melakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi, leher, axilla — bukan	S: 1. Pasien mengatakan badan tidak terlalu panas dan merasa lebih nyaman. O: 1. Suhu tubuh menurun, menggigil berkurang, frekuensi nadi membaik, pasien tampak lebih segar. A:
--	---	--	---	--

		leher, axilla — bukan pada area abdomen) Edukasi: 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit IV, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu	pada area abdomen) 7. Menganjurkan tirah baring 8. Mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit IV, jika perlu 9. Mengkolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu	1. Masalah hipertermia teratasi sebagian. P: 1. Lanjutkan pemantauan suhu tubuh, anjurkan istirahat dan minum yang cukup, lakukan kompres bila diperlukan, serta kolaborasi pemberian antipiretik sesuai program terapi.
--	--	---	---	--

--	--	--	--	--

BAB III

PENUTUP

Kesimpulan

Apendisitis akut adalah peradangan pada usus buntu yang harus segera ditangani agar tidak menimbulkan komplikasi, seperti pecahnya apendiks dan peritonitis. Penyakit ini biasanya ditandai dengan nyeri yang awalnya terasa di sekitar pusar, kemudian berpindah ke perut kanan bawah, disertai mual, muntah, demam ringan, dan penurunan nafsu makan. Untuk memastikan diagnosis, diperlukan pengkajian yang baik melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan darah dan USG.

Sebagai seorang perawat, penting untuk melakukan asuhan keperawatan secara menyeluruh mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana tindakan, pelaksanaan intervensi, hingga evaluasi. Pada kasus ini, masalah utama yang ditemukan adalah nyeri akut dan hipertermia akibat proses inflamasi pada apendiks. Dengan pemberian intervensi keperawatan yang tepat serta kolaborasi dengan tim medis, diharapkan kondisi pasien dapat membaik, nyeri dan demam berkurang, serta risiko terjadinya komplikasi dapat dicegah.

DAFTAR PUSTAKA

- Pratama, Y. (2021). Aspek Klinis dan Tatalaksana Apendisitis Akut pada Anak. *Convention Center Di Kota Tegal*, 5(2), 6–37.
- Rusmini, H. (2020). *Bahan Untuk Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Vol3 No2 April 2016 (halaman 681 sd selesai) Edit. 3(2)*, 681–687.