

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA NY.L
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *APPENDICITIS* DI RUANG OK
CENTRAL RSPAL Dr.RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

RISKI FIRLANA AYSHA PUTRI, S.Kep

2130094

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2022

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN NY.L DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *APPENDICITIS* DI RUANG OK CENTRAL RSPAL
Dr.RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh :

RISKI FIRLANA AYSHA PUTRI, S.Kep

2130094

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2022

SURAT KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya,07 Juli 2022

Riski Firlana Aysha Putri, S.Kep
NIM. 213.0094

HALAMAN PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Riski Firlana Aysha Putri
NIM : 213.0094
Program studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Ny.L
dengan diagnose medis *Appendicitis* di Ruang OK Central
RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 07 Juli 2022

Pembimbing I

Pembimbing II

Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03039

Tri Sunu Prabolaksono., S.Kep., Ns.
TK I III D NIP. 197306171994031005

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 07 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Riski Firlana Aysha Putri

NIM : 213.0094

Program studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan kegawatdaruratan pada Ny.L dengan diagnose medis *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes _____
NIP. 03067

Penguji 2 : Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep _____
NIP. 03039

Penguji 3 : Tri Sunu Prabolaksono, S.Kep., Ns _____
TK I III D NIP. 197306171994031005

**Mengetahui,
KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 07 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas berkah, rahmat dan hidayah-Nya yang senantiasa dilimpahkan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, dan masih banyak kekurangan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini. terselesainya Karya Ilmiah Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan kali ini dengan segala kerendahan hati perkenankanlah penulis untuk mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Gigih Imanta J.,Sp,PD., Finasim., M.M., selaku Kepala Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktek untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Laksamana Pertama (Purn) DR.A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kep. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus S., S.Kep., Ns., M.Kep. selaku kepala program studi pendidikan proesi ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan

kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan program pendidikan profesi ners.

4. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji ketua, yang telah bersedia memberikan saran dan masukan terhadap Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns.,M.Kep selaku pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Tri Sunu Prabolaksono, S.Kep., Ns selaku pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak dan Ibu dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih juga dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 07 Juli 2022
Penulis

Riski Firlana Aysha Putri, S.Kep
NIM. 213.0094

DAFTAR ISI

COVER	i
SURAT KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.5 Metode Penelitian	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep <i>Appendicitis</i>	8
2.1.1 Pengertian <i>Appendicitis</i>	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinik	10
2.1.4 Patofisiologi	10
2.1.5 Komplikasi	12
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.7 Penatalaksanaan	15
2.2 Konsep <i>Perioperatif</i>	16
2.2.1 Pengertian <i>Perioperatif</i>	16
2.2.2 Fase-Fase Pelayanan Keperawatan <i>Perioperatif</i>	17
2.2.3 Tim Operasi	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	21
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	21
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	28
2.3.3 Perencanaan Keperawatan	29
2.3.4 Implementasi Keperawatan	31
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	32
2.4 WOC (<i>Web Of Causation</i>)	33
BAB 3 TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	34
3.1.1 Data Dasar	34
3.1.2 Pemeriksaan Fisik	35
3.1.3 Pengkajian <i>Perioperatif</i>	35
3.2 Diagnosa Keperawatan	38
3.2.1 Analisa Data <i>Pre Operatif</i>	38

3.2.2 Analisa Data <i>Intra Operatif</i>	41
3.2.3 Analisa Data <i>Post Operatif</i>	43
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	45
4.1.1 Identitas	45
4.1.2 Keluhan Dan Riwayat Penyakit	46
4.2 Pengkajian	46
4.3 Diagnosa Keperawatan	47
4.3.1 Nyeri b.d Agen Pencedera Fisiologis	47
4.3.2 Ansietas b.d Krisis Situasional	48
4.3.3 Hipotermia b.d Terpapar Suhu Lingkungan Rendah	48
4.3.4 Nausea b.d Efek Agen Farmakologis	49
4.4 Intervensi	49
4.5 Implementasi	52
4.6 Evaluasi Keperawatan	53
BAB 5 KESIMPULAN	
5.1 Kesimpulan	55
5.2 Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	58

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Diagnosa Keperawatan <i>Pre Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	38
Tabel 3.2	Intervensi Keperawatan <i>Pre Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	39
Tabel 3.3	Implementasi Keperawatan <i>Pre Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	40
Tabel 3.4	Diagnosa Keperawatan <i>Intra Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	41
Tabel 3.5	Intervensi Keperawatan <i>Intra Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	41
Tabel 3.6	Implementasi Keperawatan <i>Intra Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	42
Tabel 3.7	Diagnosa Keperawatan <i>Post Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	43
Tabel 3.8	Intervensi Keperawatan <i>Post Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	43
Tabel 3.9	Implementasi Keperawatan <i>Post Operatif</i> pada Ny. L dengan Diagnosa Medis <i>Appendicitis</i> di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	60
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	61
Lampiran 3 Lembar Konsul	63
Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur (SOP)	64

DAFTAR SINGKATAN

CRP	: C-Reactive Protein
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IV	: Intra Vena
PMN	: <i>Polymorphonuclear</i>
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
ROS	: <i>Review Of System</i>
TTV	: Tanda-tanda Vital
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WOC	: <i>Web Of Causation</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Appendicitis adalah suatu peradangan yang terjadi tanpa penyebab yang jelas, dapat terjadi karena obstruksi feses, atau terpuntirnya *apendiks*, atau pembuluh darahnya. Sedangkan menurut *Smeltzer & Bare (2009)*, *appendicitis* akut adalah peradangan pada rongga bawah kanan abdomen yang merupakan penyebab dilakukannya bedah abdomen darurat. Keluhan *appendicitis* biasanya bermula dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang berhubungan dengan muntah. Nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah dalam 2-12 jam, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk. Keluhan nyeri pada pasien dengan *appendicitis* dapat menghambat aktivitas sehari-hari dan menghambat kebutuhan rasa aman dan nyaman (Hidayat, 2020). Pada pasien *Appendicitis* akan terganggu kebutuhan dasar fisiologisnya seperti kebutuhan pada nutrisinya dan eliminasinya (Maslow, 2017). Pada pasien *Appendicitis* terganggu pada kebutuhan nutrisi dan eliminasi karena pasien kurang mengkonsumsi asupan makanan yang mengandung serat sehingga pasien terkadang merasakan rasa nyeri dan mual muntah (Mediarti et al., 2022).

Penelitian terbaru menunjukkan 7% penduduk di negara barat menderita dan terdapat lebih dari 200.000 *apendiktomi* dilakukan di Amerika Serikat setiap tahunnya. Badan *World Health Organization (WHO)* menyebutkan insidensi di Asia dan Afrika pada tahun 2014 adalah 4,8% dan 2,6% penduduk dari total populasi. Di Indonesia insiden *appendicitis* cukup tinggi, terlihat dengan adanya peningkatan jumlah pasien dari tahun ketahun. Berdasarkan data yang diperoleh 2

dari Depkes 2016, kasus *appendicitis* pada tahun 2017 jumlah pasien *appendicitis* sebanyak 75.601 orang. Dinkes Jawa Timur menyebutkan pada tahun 2017 jumlah kasus *appendicitis* di Jawa Timur sebanyak 5.980 penderita dan 177 penderita diantaranya menyebabkan kematian (Amalina et al., 2018). Berdasarkan data dari OK Central RSPAL Dr.Ramelan pada bulan April – Juni 2022 dengan jumlah keseluruhan 20 pasien dengan kasus *appendicitis*.

Appendicitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan *lumen apendiks* oleh *hyperplasia folikel limfosit, fekalit*, benda asing, struktur karena *fikosis* akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, *diapedesis* bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi *appendicitis* akut fokal yang ditandai oleh nyeri *epigastrium*. Pada pasien dengan *appendicitis* kemudian muncul masalah keperawatan prioritas utama adalah nyeri akut. Dengan timbulnya nyeri yang terus-menerus yang dirasakan pasien maka pasien dengan *appendicitis* (Amalina et al., 2018).

Berlanjutnya kondisi *appendicitis* akan meningkatkan resiko terjadinya perforasi dan pembentukan masa *periapendikular*. Perforasi dengan cairan inflamasi dan bakteri masuk ke rongga abdomen kemudian akan memberikan respon inflamasi permukaan peritoneum atau terjadi peritonitis. Sistem penanganan pada pasien apendisitis yaitu, pengobatan yang paling baik adalah operasi apendiks. Dalam waktu 48 jam harus dilakukan. Penderita di observevansi,

istirahat dalam posisi fowler, diberikan antibiotik dan diberikan makanan yang tidak merangsang peristaltik, jika terjadi perforasi diberikan drain diperut kanan bawah. Perlu memprioritaskan keperawatan yang dilakukan yaitu dengan menghilangkan nyeri, mencegah terjadinya komplikasi, dan memberikan informasi tentang kondisi atau prognosis dan kebutuhan pengobatannya (Nasution, 2021).

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

“Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan tindakan pembedahan *Appendektomy* di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan tindakan *appendectomy* di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan tindakan *appendectomy* di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa data masalah, prioritas masalah dan menengakkan diagnosa keperawatan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

3. Menyusun rencana asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada masing-masing diagnosa keperawatan pasien di ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1.4. Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Secara teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik dan menurunkan angka kejadian *morbidity, disability* dan *mortalitas* pada pasien dengan penyakit *appendicitis*.

2. Secara praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan *Appendicitis* sehingga penatalaksanaan dini bias dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat di gunakan sebagai wacana dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan, terutama kajian pada pasien dengan *appendicitis*.

c. Bagi Keluarga dan Pasien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang bagaimana cara perawatan pasien dengan sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat.

d. Bagi penulis selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai tambahan referensi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus *appendicitis*.

1.5. Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari pasien

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6. Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.

2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose *Appendicitis*.

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis

BAB 5 : Simpulan dan saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep *Appendicitis*, 2) Konsep *Perioperatif*, 3) Konsep Asuhan Keperawatan *Appendicitis*.

2.1. Konsep *Appendicitis*

2.1.1 Pengertian *Appendicitis*

Appendicitis merupakan peradangan akut pada *apendiks vermiformis*. *Apendiks vermiformis* memiliki panjang yang bervariasi dari 7 sampai 15 cm. *Appendicitis* merupakan salah satu kasus tersering dalam bidang bedah abdomen yang menyebabkan nyeri abdomen akut dan memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya.

Appendicitis merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering ditemukan dan memerlukan tindakan bedah mayor segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya. *Apendiks* akan berbahaya jika tidak ditangani dengan segera di mana terjadi infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus. Penyakit ini dapat dijumpai disemua usia, namun paling sering pada usia antara 20 sampai 30 tahun. Kejadian *appendicitis* 1,4 kali lebih tinggi pada pria dibandingkan dengan wanita (Hidayat, 2020).

2.1.2 Etiologi

Penyebab *appendicitis* masih belum pasti meskipun berbagai teori sudah ada. Teori-teori terbanyak berpusat pada obstruksi luminal pada *apendiks* sebagai patologi *primer*. Penyebab obstruksi luminal yang paling umum adalah hiperplasia limfoid akibat penyakit radang usus atau infeksi (lebih sering terjadi

pada masa anak-anak dan pada dewasa muda), stasis tinja dan fekalit (lebih umum pada pasien usia lanjut), parasit (terutama di negara-negara timur), atau lebih jarang seperti benda asing dan neoplasma. Ketika lumen apendiks terhambat, bakteri akan menumpuk di usus buntu dan menyebabkan peradangan akut dengan perforasi dan pembentukan abses.

Apendiks mengandung massa besar jaringan limfoid di mukosa dan submukosa, dan karena itu *apendiks* cenderung mengalami hiperplasia limfoid yang mengakibatkan obstruksi lumen. Hiperplasia jaringan limfoid dianggap sebagai mekanisme yang paling umum. Hiperplasia jaringan limfoid mungkin hadir dengan *appendicitis* akut, dengan timbulnya gejala secara bertahap. Hiperplasia limfoid dikaitkan dengan berbagai gangguan inflamasi dan infeksi termasuk *crohn disease*, *gastroenteritis*, *amoebiasis*, infeksi saluran pernapasan, campak, dan *mononukleosis*.

Appendicitis dapat terjadi karena infeksi bakteri. Hubungan dengan berbagai bakteri dan virus menular hanya ditemukan dalam kasus yang kecil pada pasien *appendicitis*. *Flora apendiks* yang meradang berbeda dari flora *apendiks* normal. Sekitar 60% dari *apendiks* yang meradang memiliki bakteri anaerob dengan 25% pada *apendiks* normal. Spesimen jaringan dari dinding *apendiks* yang meradang hampir semuanya menumbuhkan *Escherichia coli* dan *Bacteroides species* pada hasil kultur. *Fusobacterium nucleatum* yang tidak ada pada flora sekum normal, telah diidentifikasi pada 62% dari *apendiks* yang meradang. Parasit penyebab lain yang diduga menimbulkan *appendicitis* adalah ulserasi mukosa apendiks oleh parasit *E. histolytica*, *Viridans streptococci*, dan *Pseudomonas aeruginosa* (Tomayahu, 2011).

2.1.3 Manifestasi Klinik

Beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada *appendicitis* antara lain sebagai berikut :

1. Nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilikus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadran kanan bawah ke titik *Mc Burney* (terletak diantara pertengahan umbilikus dan spina anterior ileum) nyeri terasa lebih tajam.
2. Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran *apendiks* dan meluasnya pernanahan dalam rongga abdomen.
3. Mual
4. Muntah
5. Nafsu makan menurun
6. Konstipasi
7. Demam

(Cristie et al., 2021)

2.1.4 Patofisiologi

Appendicitis terjadi karena disebabkan oleh adanya obstruksi pada lamena apendikeal oleh apendikolit, tumor *apendiks*, hiperplasia folikel limfoid submukosa, fekalit (material garam kalsium, debris fekal), atau parasit *E-Histolytica*. Selain itu *appendicitis* juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan makanan yang rendah serat yang dapat menimbulkan konstipasi. Kondisi obstruktif akan meningkatkan tekanan intraluminal dan peningkatan perkembangan bakteri. Hal ini akan mengakibatkan peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding *apendiks* yang berlanjut pada nekrosis dan

inflamasi *apendiks*. Pada fase ini penderita mengalami nyeri pada area periumbilikal. Dengan berlanjutnya pada proses inflamasi, akan terjadi pembentukan eksudat pada permukaan serosa *apendiks*. Ketika eksudat ini berhubungan dengan perietal peritoneum, maka intensitas nyeri yang khas akan terjadi.

Dengan berlanjutnya proses obstruksi, bakteri akan berproliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa dinding *apendiks* yang ditandai dengan ketidaknyamanan pada abdomen. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis serta diikuti peningkatan tekanan intraluminal, juga akan meningkatkan risiko perforasi dari *apendiks*. Pada proses fagositosis terhadap respon perlawanan terhadap bakteri ditandai dengan pembentukan nanah atau abses yang terakumulasi pada lumen *apendiks*.

Berlanjutnya kondisi *appendicitis* akan meningkatkan resiko terjadinya perforasi dan pembentukan masa periapendikular. Perforasi dengan cairan inflamasi dan bakteri masuk ke rongga abdomen kemudian akan memberikan respon inflamasi permukaan peritoneum atau terjadi peritonitis. Apabila perforasi *apendiks* disertai dengan abses, maka akan ditandai dengan gejala nyeri lokal akibat akumulasi abses dan kemudian akan memberikan respons peritonitis. Gejala yang khas dari perforasi *apendiks* adalah adanya nyeri hebat yang tiba-tiba datang pada abdomen kanan bawah (Patranita, n.d.).

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi apabila terjadi keterlambatan penanganan. Faktor keterlambatan dapat terjadi dari pasien ataupun tenaga medis. Faktor penderita dapat berasal dari pengetahuan dan biaya. Faktor tenaga medis dapat berupa kesalahan dalam mendiagnosa, keterlambatan menangani masalah dan keterlambatan dalam merujuk ke rumah sakit dan penanggulangan. Hal ini dapat memacu meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas. Proporsi yang sering adalah terjadi pada anak kecil dan orang tua.

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan *appendicitis*. Adapun jenis komplikasi menurut (Silaban et al., 2020) adalah :

1. Abses

Abses merupakan peradangan *apendiks* yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi apabila *appendicitis* gangren atau *mikroperforasi* ditutupi oleh *omentum*. Operasi *appendectomy* untuk kondisi *abses apendiks* dapat dilakukan secara dini (*appendectomy dini*) maupun tertunda (*appendectomy interval*). *Appendectomy dini* merupakan *appendectomy* yang dilakukan segera atau beberapa hari setelah kedatangan pasien di rumah sakit. Sedangkan *appendectomy interval* merupakan *appendectomy* yang dilakukan setelah terapi konservatif awal, berupa pemberian antibiotika *intravena* selama beberapa minggu.

2. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya *apendiks* yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui *pra operatif* pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5° C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan *leukositosis* terutama *Polymorphonuclear (PMN)*. Perforasi baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan terjadinya peritonitis. Perforasi memerlukan pertolongan medis segera untuk membatasi pergerakan lebih lanjut atau kebocoran dari isi lambung ke rongga perut.

3. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum dapat menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus parolitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis. Penderita peritonitis akan disarankan untuk menjalani rawat inap di rumah sakit.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Inspeksi: Akan tampak adanya tanda pembengkakan (*swelling*), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- b. Palpasi: Dibagian perut kanan bawah akan terasa nyeri (*Blumbeng Sign*) yang mana merupakan kunci dari diagnosis *appendicitis* akut.
- c. Dengan tindakan tungkai dan paha kanan ditebuk kuat / tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri akan semakin parah (*Psoas Sign*).
- d. Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin parah apabila pemeriksaan dubur dan vagina terasa nyeri.
- e. Suhu dubur atau rectal yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

2. Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan sel darah putih (*Leukosit*) hingga 10.000 – 18.000/mm³.
Jika terjadi peningkatan yang lebih, maka kemungkinan *apendiks* sudah mengalami perforasi.

3. Pemeriksaan Radiologi

- a. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)
- b. *Ultrasonografi (USG)* Pemeriksaan USG dilakukan untuk menilai inflamasi dari *apendiks*

- c. Pemeriksaan *CT – Scan* pada abdomen untuk mendeteksi *appendicitis* dan adanya kemungkinan perforasi.
- d. *C – Reactive Protein (CRP)* adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada *appendicitis* didapatkan peningkatan kadar CRP.

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

- a. Pembedahan (konvensional atau laparaskopi) apabila diagnose *appendicitis* telah ditegakan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.
- b. Berikan obat antibiotik dan cairan IV sampai tindakan pembedahan dilakukan.
- c. Agen analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakan.
- d. Operasi (*apendiktomy*), bila diagnosa telah ditegakan yang harus dilakukan adalah operasi membuang *apendiks (apendiktomy)*. Penundaan *apendiktomy* dengan cara pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses *apendiks* dilakukan *drainage*.

Apendiktomy adalah pembedahan atau operasi pengangkatan *apendiks*. *Apendiktomy* merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit *appendicitis* atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. *Apendiktomy* dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Ridwan et al., 2014).

2. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal.
- b. Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur Intra Vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.
- c. Setelah operasi, posisikan pasien *fowler* tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi.
- d. Jika drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tanda-tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau *abses sekunder*.

(Silaban et al., 2020)

2.2. Konsep *Perioperatif*

2.2.1 Pengertian *Perioperatif*

Keperawatan *Perioperatif* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. *Perioperatif* adalah istilah gabungan yang mencakup tiga fase yaitu fase *preoperatif*, *intra operatif* dan *pasca operatif* dimana masing-masing fase tersebut dimulai dan berakhir pada waktu tertentu

dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalamna bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan.

Fase *Preoperatif* merupakan tahapan awal dalam proses pembedahan yang dimulai dari keputusan untuk informasi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase *preoperatif* antara lain mengkaji pasien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang aktual dan potensial/berisiko terjadi masalah, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan *preoperatif* pada pasien dan keluarga atau orang terdekatnya. Hal penting yang perlu dilakukan pada fase *preoperatif* adalah menjelaskan tentang maksud dan tujuan serta dampak dari pelaksanaan pembedahan pada pasien yang dikenal dengan edukasi *preoperatif* (Indril et al., n.d.).

2.2.2 Fase-Fase Pelayanan Keperawatan *Perioperatif*

1. Fase *Pre Operatif*

Fase *pre operatif* dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara *pre operatif* dan menyiapkan pasien untuk anasthesi yang diberikan serta pembedahan.

Asuhan keperawatan *pre operatif* pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan *pre operatif* di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (*one day care*), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah.

2. Fase *Intra Operatif*

Fase *intra operatif* dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan *intensif*. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anasthesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh.

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase *intra operatif* lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktualakan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen.

Pada fase ini terdapat juga pengisian checklist. Yang bertanggung jawab untuk memeriksa checklist, yaitu perawat sirkuler tetapi dapat juga setiap dokter yang berpartisipasi dalam operasi. Checklist dalam operasi dibagi menjadi tiga fase, masing-masing sesuai dengan periode waktu tertentu dalam prosedur normal : periode sebelum induksi anasthesi (*sign in*), periode setelah induksi dan sebelum insisi (*time out*) dan periode selama atau segera setelah penutupan luka.

- a. Fase *sign in* yaitu sebelum induksi anasthesia, koordinator pengisian checklist akan secara verbal mengkonfirmasi dengan pasien (jika mungkin) identitasnya, lokasi operasi, prosedur dan persetujuan operasi telah diperoleh. Koordinator akan selalu mengkonfirmasi bahwa lokasi operasi sudah ditandai (jika perlu) dan akan meninjau secara lisan dengan anasthesi profesional mengenai resiko pasien kehilangan darah, penyulit pernapasan, alergi, dan juga apakah persiapan mesin anasthesi serta obat-obatan telah lengkap.
- b. Fase *time out*, tim akan berhenti sesaat sebelum sayatan kulit untuk mengkonfirmasi dengan keras bahwa operasi yang sedang dilakukan pada pasien yang benar dan lokasi yang benar. Semua anggota tim kemudian akan meninjau secara verbal satu sama lain, pada gilirannya, unsur-unsur penting dari rencana mereka untuk operasi, menggunakan pertanyaan checklist pada panduan. Mereka juga akan mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya dan bahwa pencitraan penting ditampilkan sebagaimana mestinya.

c. Fase *sign out*, tim akan meninjau bersama operasi yang dilakukan, kelengkapan jumlah spons dan instrumen serta label dari setiap spesimen bedah yang diperoleh. Mereka juga akan meninjau setiap malfungsi peralatan atau masalah yang perlu ditangani. Pada akhirnya tim akan meninjau rencana utama dan kekhawatiran untuk manajemen pasca operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari ruang operasi.

3. Fase *Post Operatif*

Fase *post operatif* dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Indri1 et al., n.d.).

2.2.3 Tim Operasi

Anggota tim operasi secara umum dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu anggota tim steril dan anggota tim non steril .

1. Steril : ahli bedah, asisten bedah dan perawat instrumentator (*scrub nurse*).
2. Nonsteril : ahli anestesi, perawat anestesi, perawat sirkuler dan teknisi (operator alat, ahli patologi dan lain-lain).

Perawat kamar bedah dibagi menjadi :

1. Perawat Instrumen (*scrub nurse*) adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan paket alat pembedahan selama tindakan pembedahan berlangsung. Secara administratif bertanggung jawab kepada kepala kamar operasi, dan secara operasional atau tindakan bertanggung jawab terhadap ahli bedah dan perawat kepala kamar operasi.
2. Perawat Sirkulasi (*circulating nurse*) adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan pembedahan. Secara administrasi dan operasional bertanggung jawab kepada kepala kamar operasi, dan kepada ahli bedah.
3. Perawat Anastesi adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam membantu terselenggaranya pelaksanaan tindakan pembiusan di kamar operasi. Secara administratif dalam kegiatan keperawatan bertanggung jawab kepada perawat kepala kamar operasi dan secara operasional bertanggung jawab kepada ahli anastesi / bedah.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Data demografi Identitas pasien : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Nyeri pada daerah abdomen kanan bawah.

- 1) *Provoking Incident* : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presitasi nyeri.
- 2) *Quality Of Pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan. Apakah seperti terbakar, berdenyut atau menusuk.
- 3) *Region* : Apakah rasa sakit bias reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- 4) *Severity (scalr) Of Pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- 5) *Time* : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi

c. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

3. Pemeriksaan fisik *ROS* (*review of system*)

a. Keadaan umum : kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis. (H Kara, 2014)

b. *Airway*

Dengan kontrol servikal, yang pertama harus dinilai adalah kelancaran jalan nafas. Ini meliputi pemeriksaan adanya obstruksi jalan nafas oleh adanya benda asing atau fraktur di bagian wajah. Usaha untuk membebaskan jalan nafas harus memproteksi tulang servikal, karena itu teknik *Jaw Thrust* dapat digunakan. Pasien dengan gangguan kesadaran atau GCS kurang dari 8 biasanya memerlukan pemasangan *airway definitive*.

c. *Breathing*

Setelah mengamankan *airway* maka selanjutnya kita harus menjamin ventilasi yang baik. Ventilasi yang baik meliputi fungsi dari paru paru yang baik, dinding dada dan diafragma.

d. *Circulation*

Ketika mengevaluasi sirkulasi maka yang harus diperhatikan disini adalah volume darah, perdarahan, syok, anemia, *CRT* dan Cardiac output.

A. B1 (*Breathing*) Sistem Pernafasan

Inspeksi: Bentuk dada (Normochoest, Barelchest, Pigeonchest atau Punelchest). Pola nafas: Normalnya = 12-24 x/ menit, Bradipnea/ nafas lambat (Abnormal), frekuensinya = < 12 x/menit, Takipnea/ nafas cepat dan dangkal (Abnormal) frekuensinya = > 24 x/ menit. Cek penggunaan otot bantu nafas

(otot sternokleidomastoideus) Normalnya tidak terlihat. Cek Pernafasan cuping hidung Normalnya tidak ada. Cek penggunaan alat bantu nafas (Nasal kanul, masker, ventilator).

Palpasi: Vocal premitus (pasien mengatakan 77)

Normal (Teraba getaran di seluruh lapang paru)

Perkusi dada: sonor (normal), hipersonor (abnormal, biasanya pada pasien PPOK/ Pneumothoraks)

Auskultasi: Suara nafas (Normal: Vesikuler, Bronchovesikuler, Bronchial dan Trakeal). Suara nafas tambahan (abnormal): wheezing suara pernafasan frekuensi tinggi yang terdengar diakhir ekspirasi, disebabkan penyempitan pada saluran pernafasan distal). Stridor suara pernafasan frekuensi tinggi yang terdengar diawal inspirasi. Gargling suara nafas seperti berkumur, disebabkan karena adanya muntahan isi lambung.

B. B2 (*Circulation*) Sistem Peredaran Darah

Inspeksi: CRT (*Capillary Refill Time*) tekniknya dengan cara menekan salah satu jari kuku klien Normal < 2 detik, Abnormal > 2 detik. Adakah sianosis (warna kebiruan) di sekitar bibir klien, cek konjungtiva klien, apakah konjungtiva klien anemis (pucat) atau tidak normalnya konjungtiva berwarna merah muda.

Palpasi: Akral klien Normalnya Hangat, kering, merah, frekuensi nadi

Normalnya 60 - 100x/ menit, tekanan darah Normalnya 100/ 80 mmHg – 130/90 mmHg.

C. B3 (*Neurologi*) Sistem Persyarafan

Cek tingkat kesadaran klien, untuk menilai tingkat kesadaran dapat digunakan

suatu skala (secara kuantitatif) pengukuran yang disebut dengan Glasgow Coma Scale (GCS). GCS memungkinkan untuk menilai secara obyektif respon pasien terhadap lingkungan. Komponen yang dinilai adalah : Respon terbaik buka mata, respon verbal, dan respon motorik (E-V-M). Nilai kesadaran pasien adalah jumlah nilai-nilai dari ketiga komponen tersebut. Tingkat kesadaran adalah ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan, tingkat kesadaran (secara kualitatif) dibedakan menjadi:

Compos Mentis (Conscious), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.

Apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh

Delirium, yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal.

Somnolen (Obtundasi, Letargi), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal.

Stupor, yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri

Coma, yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya).

Pemeriksaan Reflek:

- a. Reflek bisep: ketukan jari pemeriksa pada tendon muskulus biceps brachii, posisi lengan setengah ditekuk pada sendi siku.

Respon: fleksi lengan pada sendi siku

b. Reflek patella: ketukan pada tendon patella.

Respon: ekstensi tungkai bawah karena kontraksi muskulus quadriceps femoris

Nervus 1(Olfaktorius) : Tes fungsi penciuman (pasien mampu menciumbebauan di kedua lubang hidung)

Nervus 2 (Optikus) : Tes fungsi penglihatan (pasien mampu membacadengan jarak 30 cm (normal)

Nervus 3, Nervus 4, Nervus 6 (Okulomotorius, Trokhlearis, Abdusen)

:Pasien mampu melihat ke segala arah (Normal)

Nervus 5 (Trigeminus) :

a. Sensorik : pasien mampu merasakan rangsangan di dahi, pipi dandagu (normal)

b. Motorik : pasien mampu mengunyah (menggeretakan gigi) dan ototmasseter (normal)

Nervus 7 (Facialis) :

a. Sensorik : pasien mampu merasakan rasa makanan (normal)

b. Motorik : pasien mampu tersenyum simetris dan mengerutkan dahi(normal)

Nervus 8 (Akustikus) : Tes fungsi pendengaran (rine dan weber)

Nervus 9 (Glososfaringeus) dan N10 (Vagus): pasien mampu menelan dan ada refleks muntah (Normal)

Nervus 11 (Aksesorius) : pasien mampu mengangkat bahu (normal)

Nervus 12 (Hipoglosus) : pasien mampu menggerakkan lidah ke segala arah (normal)

D. B4 (*Bladder*) Sistem Perkemihan

Inspeksi: integritas kulit alat kelamin (penis/ vagina) □ Normalnya warna merah muda, tidak ada Fluor Albus/ Leukorea (keputihan patologis pada perempuan), tidak ada Hidrokel (kantung yang berisi cairan yang mengelilingi testis yang menyebabkan pembengkakan skrotum).

Palpasi: Tidak ada distensi kandung kemih.

Tidak ada distensi kandung kemih

E. B5 (*Bowel*) Sistem Pencernaan

Inspeksi: Pada infeksi perlu diperlihatkan, apakah abdomen membuncit atau mendatar, apakah ada benjolan atau massa

Palpasi : Adakah nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor,teses) turgor kulit perut untuk mengetahui derajat biledrasi pasien, apakah tupar traba, apakah lien teraba

Perkusi : Abdomen normal tympanik, ada masa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, Asites, Vesika urinaria, Tumor)

Auskultasi: Secara peristaltik usus dimana nilai normalnya 5-35x/Menit.

F. B6 (*Bone*) Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

Inspeksi: warna kulit sawo matang, pergerakan sendi bebas dan kekuatan otot penuh, tidak ada fraktur, tidak ada lesi

Palpasi: turgor kulit elastis

4. Pemeriksaan diagnostic.

1. *Ultrasonografi* adalah diagnostik untuk *appendicitis* akut.

2. Foto polos abdomen : dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
3. Pemeriksaan darah rutin : untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
4. Pemeriksaan Laboratorium.
 - a. Darah : Ditemukan leukosit 10.000 – 18.0000 μ /ml.
 - b. Urine : Ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul, antara lain :

1.Pre Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (**SDKI D.0077 Hal.172**)
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (**SDKI D.0080 Hal.180**)
- c. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (**SDKI D.0130 Hal.284**)

2. Intra Op

- a. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (**SDKI D.0142 Hal.304**)
- b. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan factor mekanis (**SDKI D.0139 Hal.300**)

3. Post Op

- a. Risiko ketidakseimbangan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan trauma abdomen (**SDKI D.0013 Hal.44**)
- b. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (**SDKI D.0074 Hal.166**)

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi.

1. Pre Operasi

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	nyeri akut berhubungan dengan agendipencedera fisik (SDKI D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun. Tingkat nyeri (SLKI L.08066 Hal.145)	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor memperberat dan memperingan nyeri 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Kolaborasi pemberian

			analgetik
2.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI D.0080 Hal.180)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit diharapkan tingkat ansietas membaik dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pola tidur membaik. Tingkat ansietas (SLKI L.09093 Hal.132)	Identifikasi teknik relaksasi nafas dalam Ciptakan lingkungan tenang Anjurkan mengambil posisi nyaman Anjurkan rileks
3.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (SDKI D.0130 Hal.284)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil menggigil menurun, suhu tubuh membaik. Termoregulasi (SLKI L.14134 Hal.129)	1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Lakukan pendinginan eksternal

2. Intra Operasi

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (SDKI D.0142 Hal.304)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun. Tingkat infeksi (SLKI L.14137 Hal.139)	1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
2.	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan factor mekanis (SDKI D.0139 Hal.300)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit diharapkan integritas jaringan membaik dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun. Integritas kulit dan jaringan	1. monitor karakteristik luka 2. monitor tanda-tanda infeksi 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

	(SLKI L.14125 Hal.33)	
--	-----------------------	--

3. Post Operasi

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Risiko ketidakseimbangan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan trauma abdomen (SDKI D.0013 Hal.44)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit diharapkan kram abdomen menurun dengan kriteria hasil mual menurun, muntah menurun, nyeri menurun. Mobilitas gastrointestinal (SLKI L.03003 Hal.66)	1. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
2.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (SDKI D.0074 Hal.166)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit diharapkan status kenyamanan membaik dengan kriteria hasil keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun Status kenyamanan (SLKI L.08064 Hal.110)	1. atur posisi tidur yang disukai 2. posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 3. tinggikan tempat tidur bagian kepala

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Tahap pelaksanaan merupakan tahap ke-4 dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya fisik dan perlindungan terhadap pasien, Teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat 2 jenis yaitu : tindakan mandiri dan kolaborasi (Mediarti et al., 2022).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan yang terjadi pada keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny.L dengan diagnosis medis *Appendicitis* meliputi : 1) Pengkajian, 2) Diagnosa Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1. Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Ny. L berjenis kelamin perempuan berusia 75 tahun, beragama Islam, yang tinggal di Bendul Merisi Surabaya dengan nomor register 534XXX. Pasien dirawat dengan diagnose medis yang akan direncanakan prosedur pembedahan *Appendectomy*. Pasien masuk pada tanggal 16 juni 2022 dengan permintaan opname melalui poli penyakit dalam yang disetujui oleh rumah sakit pada tanggal 16 juni 2022.

Keluhan utama pasien masuk rumah sakit adalah nyeri pada perut bagian kanan bawah sejak 2020 pasien sempat rutin kontrol di poli penyakit dalam di RSI Jemur Sari kemudian pasien sudah tidak ada keluhan, saat bulan Mei 2022 pasien kembali mengeluh nyeri perut kanan bawah kemudian pasien kembali periksa di poli penyakit dalam RSPAL Dr.Ramelan Surabaya dan MRS di ruang G2 dan dijadwalkan operasi *appendectomy* pada hari Selasa, 21 Juni 2022. Pada saat di kaji pasien tidak mempunyai riwayat operasi, tidak ada riwayat alergi maupun obat, dan riwayat keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit yang sama dengan pasien.

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik Ny.L didapati bahwa pasien terlihat cemas. Keadaan umum Ny.L baik, kesadaran *composmentis*, tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 80 x/menit, suhu 36,7°C, dan pernafasan sebanyak 16 x/menit. Gambaran umum baik tidak ada luka atau jejas di abdomen dan tidak ada distended abdomen.

3.1.3 Pengkajian *Perioperatif*

1. Pengkajian Pre Operasi

Pada pengkajian pre operasi dimana pengkajian yang mulai dilakukan dari awal anamnesa di ruang penerimaan pasien hingga pasien masuk ruang Operasi. Pada pengkajian ini didapatkan bahwa keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, total GCS : 15, tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,7°C, pernafasan 16 x/menit, pada pemeriksaan *airway breathing* tidak ada otot bantuan nafas, suara vesikuler, tidak ada sesak, irama nafas reguler dan tidak terpasang alat bantuan napas. Pada pemeriksaan *circulation* teraba nadi kuat dengan hasil 80 x/menit, tidak di dapatkan kelainan bunyi jantung. Pada pemeriksaan *Brain* kesadaran *composmentis*, GCS 456, pasien dapat menggunakan indra penciumannya dengan baik, mampu menggerakkan mata ke segala arah, tidak memakai gigi palsu, dapat mengkerutkan dahi, mampu mendengar dengan baik, dapat menelan dengan baik dan mampu mengangkat bahu. Pada pemeriksaan *bladder* tidak ada nyeri tekan, tidak ada distended abdomen, tidak terpasang kateter urine. Pada pemeriksaan *bowel* bentuk abdomen simetris, tidak ada asites atau merasa mual maupun muntah, adanya nyeri tekan pada *Mc Burney*. Pada pemeriksaan *bone* dan Integumen turgot

kulit elastis, tidak pucat, pasien dapat menggerakkan anggota tubuh dengan normal, ROM bebas/aktif tidak ada kelainan pada tulang.

Pada pemeriksaan antropometri didapatkan berat badan pasien : 40 kg dengan tinggi 155 cm. didapatkan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 16 juni 2022 sebagai berikut : Leukosit $6,89 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00-10.00), Hemoglobin 13.00 g/dL (12-15), Hematokrit 39,70% (37.0-47.0), Eritrosit $4,36 \times 10^6/\mu\text{L}$ (3.50-5.00), Trombosit $266,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ (150-450), PCT L $0,238 \times 10^3/\mu\text{L}$ (1.08-2.82), Kreatinin 1,40 mg/dL (0.6-1.5), BUN 16 mg/dL (10-24), Natrium (Na) 137,6 mEq/L (135-147), Kalium (K) 3,41 mmol/L (3.0-5.0), Clorida (C) 102,0 mEq/L (95-105), pemeriksaan Kimia Klinik SGOT 14 U/L (0-35), SGPT 10 U/L (0-37), Albumin 4,39 mg/dL (3,50-5,30), Anti HIV *Non Reaktif*, Anti HCV *Negatif* dan telah dilakukan swab PCR dengan hasil *negative*, foto USG dengan kesimpulan mengesankan suatu acute dengan diameter *appendix* slight membesar +/- 0,85cm *Lymphnode* di *periappendix*.

Rangkaian sebelum proses tindakan, keluarga pasien perlu menyetujui *inform consent* yang telah disediakan (*inform consent* pembiusan dan *inform consent* pembedahan) dan pasien diharuskan berpuasa terlebih dahulu. Dengan demikian Ny.L terakhir makan pukul 00.00. pada proses *sign in* : pasien diberikan posisi supinasi.

2. Pengkajian Intra Operasi

Pada prosedur intra operasi dimana dimulai saat pasien telah masuk dalam kamar operasi dan dilanjutkan dengan pemeriksaan kelengkapan operasi. Proses pembedahan dilakukan oleh Dokter Bedah Digestif, Perawat asisten dengan bantuan Dokter anasthesi. Jenis anasthesi menggunakan SAB peridural

dengan suhu kamar 20°C dan kelembapan udara 60%. Posisi operasi supinasi dengan nama prosedur pembedahan (*appendectomy*). Dengan tindakan operasi anasthesi dimulai pada pukul 12.30 dengan jenis pembiusan SAB Peridural. Desinfeksi kulit menggunakan *povidone iodine* yang dilakukan di area titik *Mc Burney Line*. Dengan obat anasthesi Regivel 20 mg dengan estimasi lama operasi 1 jam. Terpasang infus di tangan kanan dengan cairan NS 20 tpm dengan jenis operasi bersih terkontaminasi. Obat selama anasthesi Ondancetron 2mg dan transamin 1gr. Jumlah kassa selama operasi sebanyak 30. Pemantauan *Vital Sign* : Tekanan darah : 120/69 mmHg, pernapasan : 17 x/menit, Suhu 36,3°C, Spo2 99%, terpasang O2 nasal kanul 4lpm.

Anasthesi selesai pada pukul 13.40 dengan evaluasi *output* cairan (darah) sebanyak +/- 580 ml dengan cairan masuk 1 kolf NS 500cc.

3. Pengkajian Post Operasi

Pada post operasi didapatkan pengkajian bahwa pasien keluar dari kamar operasi pada pukul 14.00 dengan estimasi waktu lama operasi 1 jam. Pada pengkajian ini dilakukan pada saat pasien telah dipindahkan di ruang *recovery room*. Pada pemeriksaan ini didapatkan pasien mengeluh mual dan muntah lendir berwarna putih satu kali, hasil pemeriksaan *airway breathing* tidak ada suara nafas tambahan, pasien terpasang O2 nasal kanul 4lpm, pada pemeriksaan sirkulasi nadi 130 x/menit dengan irama jantung reguler dan tidak ada kelainan jantung. Pada pemeriksaan fisik *brain* kesadaran *composmentis* dan GCS 456, pada pemeriksaan fisik *bladder* pasien tidak terpasang khateter urine, pada pemeriksaan fisik *bowel* terdapat luka operasi pada abdomen bagian kanan pasien mengeluh mual dan muntah, pada pemeriksaan fisik *bone*

dan integumen pasien dapat menggerakkan anggota tubuh bagian bawah meskipun lemah karena efek anasthesi.

3.2. Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data *Pre Operatif*

Tabel 3.1 Diagnosa Keperawatan *Pre Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada perut sebelah kanan seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul</p> <p>PQRST</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Proses penyakit - Q : perut bagian kanan - R : seperti ditusuk-tusuk - S : skala 3 - T : nyeri hilang timbul <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat meringis 2. Pasien terlihat gelisah 	<p>Agen Pencedera</p> <p>Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>(SDKI D.0077 Hal.172)</p>
2.	<p>DS : pasien mengatakan cemas dan takut akan tindakan operasi</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat cemas 2. Pasien terlihat tegang <p>Nadi : 80 x/menit</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p>	<p>Krisis Situasional</p>	<p>Ansietas</p> <p>(SDKI D.0080 Hal.180)</p>

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan *Pre Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di Ruang OK Central Surabaya.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (SDKI D.0077 Hal.172)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengetahui skala nyeri 3. Mengidentifikasi factor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 4. Membantu mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam 5. Memonitor nyeri yang dirasakan 6. Membantu mengurangi tingkat nyeri
2.	Ansietas b.d Krisis Situasional (SDKI D.0080 Hal.180)	Tingkat Ansietas (L.090930) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60menit diharapkan : 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun. 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun.	Terapi Relaksasi (I.09326) 1. Identifikasi teknik relaksasi yang penuh efektif digunakan 2. Monitor respons terhadap terapi relaksasi 3. Berikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 4. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman	1. Mengidentifikasi tingkatan ansietas 2. Mengetahui respons setelah relaksasi 3. Membantu memberikan informasi 4. Membantu mengurangi rasa cemas

Table 3.3 Implementasi Keperawatan *Pre Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

NO DX	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1,2	21/06/22 11.30	1. Mengidentifikasi tingkat cemas pasien (pasien terlihat cemas dan tegang masih dalam kategori sedang)	Nyeri akut S : pasien mengeluh nyeri perut bagian kanan - P : proses penyakit - Q : seperti di tusuk-tusuk - R : perut bagian kanan - S : skala nyeri 3 - T : nyeri hilang timbul	Aysha
2	11.40	2. Mengidentifikasi tingkat nyeri, skala, kuantitas, lokasi dan karakteristik - P : proses penyakit - Q : seperti di tusuk-tusuk - R : perut bagian kanan - S : skala nyeri 3 - T : nyeri hilang timbul	O : TD : 130/90 mmHg N : 80 x/menit	
1,2	11.50	3. Mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dan pendekatan spiritual (berdoa sebelum dilakukan tindakan operasi)	A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
1,2	12.00	4. Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman	Ansietas S : pasien mengatakan sudah paham tentang tindakan operasi yang akan dilakukan	
1,2	12.10	5. Menciptakan lingkungan tenang	O :	
		6. Memberikan informasi tentang persiapan dan prosedur tindakan operasi	- Pasien terlihat lebih rileks - Pasien terlihat lebih tenang	
		7. Pasien masuk ruang operasi Obs. TTV TD : 130/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 16 x/menit S : 36,7°C	Obs. TTV TD : 130/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 16 x/menit S : 36,7°C A : Masalah teratasi P : intervensi dihentikan	

Berdasarkan pada standart diagnose keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada system terkait keperawatan kegawatdaruratan. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didasarkan dengan keluhan nyeri pasien. Dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul dan ditunjukkan dengan data pasien terlihat meringis dan pasien terlihat gelisah. Pada diagnose ansietas

berhubungan dengan krisis situasional didasarkan dengan keadaan pasien yang cemas. Dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa pasien mengeluh cemas dan takut akan tindakan operasi dan ditunjukkan dengan data pasien terlihat cemas dan tegang.

3.2.2 Analisa Data *Intra Operatif*

Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan *Intra Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Ds : pasien mengeluh kedinginan Do : - Kulit teraba dingin - Menggigil S : 36,3°C	Terpapar suhu lingkungan rendah	Hipotermia (SDKI D.0131 Hal.286)

Table 3.5 Intervensi Keperawatan *Intra Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

No	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Hipotermia (SDKI D.0131 Hal.286)	Status Kenyamanan (SLKI L.08064). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan Keluhan Kedinginan Menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 3. Keluhan kedinginan menurun 4. Suhu ruangan membaik	Manajemen hipotermia (SIKI I.14507). 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala hipotermia 4. Lakukan penghangatan pasif (beri selimut)	1. Mengetahui suhu tubuh pasien 2. Mengetahui penyebab hipotermia 3. Memantau tanda dan gejala hipotermia 4. Membantu penghangatan pada pasien

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan *Intra Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan.

NO	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	21/06/22			aysha
	12.10	1. Pasien masuk ruang operasi	S : pasien mengeluh kedinginan	
	12.15	2. Membantu memindahkan pasien kemeja operasi	O :	
	12.30	3. Mengobservasi tindakan anasthesi SAB dengan regivel 20 mg	- Pasien terlihat menggigil	
1	12.50	4. Mengobservasi tindakan operasi	- Kulit teraba dingin	
		5. Monitor TTV TD : 120/69mmHg RR : 17 x/menit N : 84 x/menit	A : masalah belum teratasi	
1	13.00	6. Monitor intake dan output cairan terdapat intake NS 500 ml dan output darah 580 ml	P : berikan selimut hangat	
	13.30	7. Mengobservasi TTV TD : 130/88 mmHg RR : 14 x/menit N : 85 x/menit		
1	13.40	8. Mengobservasi risiko terjadinya hipotermia		
		9. Mengobservasi TTV TD : 140/90 mmHg RR : 90 x/menit N : 14 x/menit		

Pada saat intra operasi banyak kemungkinan yang terjadi seperti pada halnya hipotermia yang dimana pada data subjektif pasien mengeluh kedinginan dengan data objektif pasien terlihat menggigil dan kulit teraba dingin.

3.2.3 Analisa Data *Post Operatif*

Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan *Post Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Ds : pasien mengeluh mual dan muntah Do : 1. Pasien terlihat pucat 2. Pasien muntah lendir berwarna jernih	Efek Agen Farmakologis	Nausea (SDKI Hal.170) D.0076

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan *Post Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

NO DX	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Nausea b.d Efek Agen Farmakologis (SDKI D.0076 Hal.170)	Kontrol Mual/Muntah (L.10099) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan : 1. Kemampuan mengenali penyebab/pemicu meningkat 2. Kemampuan melakukan tindakan untuk mengontrol mual/muntah meningkat	Manajemen Muntah (I.03118) 1. Identifikasi karakteristik muntah 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah 3. Atur posisi untuk mencegah aspirasi 4. Berikan kenyamanan selama muntah 5. Anjurkan memperbanyak istirahat 6. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu.	1. Mengidentifikasi muntah 2. Membantu mengurangi penyebab muntah 3. Membantu agar tidak terjadi aspirasi 4. Membantu pasien dengan posisi nyaman 5. Membantu pasien memperbanyak istirahat 6. Membantu mengurangi rasa muntah

Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan *Post Operatif* pada Ny.L dengan Diagnosa Medis *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

NO DX	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1.	21/06/22			Aysha
	13.55	1. Mempertahankan pasien tetap bedrest pada posisi supinasi	S : pasien mengeluh mual dan ingin muntah	
1	14.00	2. Memindahkan pasien keruang pemulihan	O : pasien muntah cairan berlendir	
	14.10	3. Mengobservasi TTV	warna jernih	
1	14.20	TD : 130/80mmHg S : 36,3°C N : 130 x/menit RR : 19 x/menit	A : Masalah belum teratasi	
1	14.30	4. Mengidentifikasi keluhan mual dan muntah	P : intervensi dilanjutkan	
		5. Posisikan pasien senyaman mungkin		
		6. Mengidentifikasi kekuatan otot pasien		

Pada saat Post Operasi ditemukan diagnose Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis didasarkan pasien mengeluh mual dan muntah. Dengan perolehan data subjektif pasien mengeluh mual dan muntah ditunjukkan dengan data pasien muntah cairan lendir jernih.

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Ny.L dengan diagnosa medis *Appendicitis* di OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan 21 Juni 2022 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1. Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian dengan melakukan anamnesa kepada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

4.1.1 Identitas

Data didapatkan dari pasien berjenis kelamin perempuan berusia 75 tahun, pola makan pasien rendah serat dan jarang beraktiitas olahraga. Pada tanggal Selasa, 21 Juni 2022 yang akan direncanakan tindakan pembedahan *Appendektomy* dengan hasil foto USG dengan kesimpulan mengesankan suatu acute dengan diameter *appendix* slight membesar +/- 0,85cm *Lymphnode* di *periappendix*.

Appendicitis bisa terjadi pada semua usia namun jarang terjadi pada usia dewasa akhir dan balita, kejadian apendisitis ini meningkat pada usia remaja dan dewasa. Penyebab terjadinya *appendicitis* adalah pasien sering mengkonsumsi makanan yang rendah serat dan pola hidup yang kurang baik. Hal ini menyebabkan orang tersebut mengabaikan nutrisi makanan yang dikonsumsinya.

Akibatnya terjadi kesulitan buang air besar yang akan menyebabkan peningkatan tekanan pada rongga usus dan pada akhirnya menyebabkan sumbatan pada saluran apendiks (Arifuddin et al., 2017). Berdasarkan beberapa studi yang telah dilakukan, laki-laki lebih cenderung lebih banyak terkena apendisitis jika dibandingkan dengan perempuan. Hal ini disebabkan karena proporsi jaringan limfoid pada laki-laki lebih banyak jika dibandingkan perempuan (Awaluddin, 2020).

4.1.2 Keluhan dan Riwayat Penyakit

Keluhan utama pada pasien adalah nyeri yang dirasakan pada bagian perut sebelah kanan. Pasien tidak mempunyai riwayat penyakit lain sebelumnya.

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dipicu oleh suatu stimulasi pada ujung saraf sensoris. Nyeri yang dirasakan seperti nyeri penekanan pada pasien *appendicitis* di rasakan pada titik *Mc Burney*. Nyeri biasanya akan diperberat dengan batuk dan berjalan (Indril et al., n.d.).

4.2. Pengkajian

1. Pre operatif

Pada pengkajian *Pre operatif* didapatkan pasien mengeluh cemas dan nyeri pada *Mc Burney* pasien tampak menyeringai dan hasil pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 3 dan dirasakan nyeri hilang timbul. Pasien mengeluh cemas menunjukkan muka pasien tampak tegang dan tanda-tanda vital kesadaran umum baik, kesadaran composmentis, GCS 456 dengan total 15, tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 80 x/menit.

2. *Intra Operatif*

Pada pengkajian *intra operatif* didapatkan pasien mengeluh kedinginan dan kulit teraba dingin dan pasien tampak menggigil dengan hasil TTV S : 36,3°C. Jumlah kassa operasi 30, pemantauan Vital Sign Tekanan darah : 120/69 mmHg, Nadi 84 x/menit, pernapasan : 17 x/menit, Spo2 : 99%, Resp Mode : Terkontrol.

3. *Post Operatif*

Pada pemeriksaan post operasi didapatkan hasil pengkajian bahwa pasien mengeluh mual dan muntah, pasien terlihat pucat dan pasien muntah cairan berlendir berwarna jernih sebanyak satu kali. Obat selama anasthesi Cefobactam 2mg dan antrain 1gr. Cefobactam merupakan obat yang menyebabkan efek samping mual dan muntah pada pasien. Pasien menggunakan alat bantu pernafasan O2 nasal kanul 4lpm dengan hasil Vital sign Tekanan darah : 130/80 mmHg, S : 36,3°C, Nadi 130 x/menit, Pernapasan 19 x/menit.

4.3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada dengan diagnosis *Appendicitis* disesuaikan dengan diagnose keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI PPNI 2017)

4.3.1 Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data diagnosa keperawatan diangkat berdasarkan pengkajian yang diperoleh pada data subjektif dimana dalam keadaan tersebut pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan, dan didukung dengan data objektif pasien tampak meringis.

Menurut asumsi penulis nyeri yang dirasakan pada pasien dengan *appendicitis* akibat adanya proses peradangan pada *apendiks* sehingga pasien mengalami nyeri. Nyeri yang dirasakan jika tidak segera ditangani akan

mengakibatkan terjadinya infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Mediarti et al., 2022).

4.3.2 Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Data diagnose keperawatan diangkat berdasarkan pengkajian yang diperoleh pada data subjektif dimana dalam keadaan tersebut pasien mengeluh cemas dan takut akan dilakukan tindakan pembedahan dan didukung dengan data objektif pasien tampak tegang.

Menurut asumsi penulis kecemasan adalah salah satu perasaan subjektif yang dialami seseorang terutama adanya pengalaman baru, termasuk pada pasien yang akan mengalami tindakan *invasife* seperti pembedahan ini. Dari hasil pengkajian pasien mengalami cemas karena hospitalisasi, pemeriksaan dan prosedur tindakan medis yang menyebabkan perasaan tidak nyaman seperti tindakan pro operasi *appendicitis*. Kemampuan komunikasi terapeutik diperlukan untuk mengatasi kecemasan pasien preoperasi. Kecemasan dapat dikurangi dengan tindakan keperawatan fokus pada komunikasi terapeutik seperti teknik relaksasi nafas dalam (Soewito, 2017).

4.3.3 Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah.

Diagnosa hipotermia adalah keadaan dimana pasien mengeluh kedinginan dan menggigil akibat suhu ruangan operasi yang rendah. (Tim Pokja SDKI PPNI 2017).

Menurut asumsi penulis hipotermia terjadi sebagai respon terhadap tindakan anasthesi yang mengganggu mekanisme pengaturan panas oleh sistem termoregulasi. Pasien yang menjalani pembedahan abdomen merupakan salah satu yang berisiko besar mengalami hipotermia. Pembedahan abdomen merupakan

salah satu pembedahan mayor, yang membutuhkan pemberian anasthesi umum maupun kombinasi anasthesi umum dan epidural, dan memerlukan durasi operasi lebih lama dibandingkan dengan operasi minor, dan juga adanya paparan yang besar dari rongga tubuh yang terbuka selama operasi (Pratiwi et al., 2021).

4.3.4 Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis.

Setelah pasien selesai melakukan prosedur operasi didapatkan pengkajian bahwa pasien mengeluh mual dan muntah. Berdasarkan hasil data subjektif pasien mengeluh mual dan muntah dengan data objektif pasien muntah cairan lendir berwarna jernih (Tim Pokja SDKI PPNI 2017).

Menurut asumsi penulis mual muntah pasca operasi merupakan efek yang tidak menyenangkan bagi pasien pasca anasthesi atau pembedahan karena efek agen farmakologis. Pencegahan mual dan muntah dapat menggunakan terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi. Penanganan mual dan muntah dengan menggunakan terapi nonfarmakologi yang efektif salah satunya dengan terapi komplementer (Rahmayati et al., 2017).

4.4. Intervensi

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Pada tinjauan kasus perencanaan juga menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, akan tetapi penulis juga ingin berupaya memandirikan pasien dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (*Kognitif*), ketrampilan mengenai masalah (*Afektif*) dan perubahan tingkah laku pasien (*Psikomotor*).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x60 menit dengan tujuan nyeri dapat teratasi. Dengan kriteria hasil nyeri berkurang, perilaku gelisah menurun. Intervensi yang diberikan yaitu identifikasi kualitas, intensitas, karakteristik nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik relaksasi.

Dari data tersebut sudah menjelaskan menurut SLKI (2018) tentang tingkat nyeri dengan definisi pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (Indril et al., n.d.). menurut asumsi penulis nyeri dirasakan pada pasien appendicitis seperti nyeri penekanan pada titik *Mc Burney*. Nyeri yang dirasakan biasanya hilang timbul dan disebabkan adanya inflamasi pada appendiks yang menyebabkan pasien mengeluh nyeri. Nyeri biasanya dirasakan lebih berat saat pasien batuk atau berjalan dan beraktivitas.

2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x60 menit dengan tujuan ansietas teratasi kriteria hasil perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun dengan motivasi mengidentifikasi situasi memicu kecemasan serta latih kegiatan

pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Intervensi yang diberikan yaitu : monitor tingkat ansietas, ciptakan suasana yang tenang, anjurkan keluarga memberikan motivasi kepada pasien.

Ansietas yaitu kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Soewito, 2017). Menurut asumsi penulis pasien yang akan melakukan tindakan pembedahan wajar mengalami kecemasan dan takut akan keberhasilan tindakan pembedahan. Dukungan dari keluarga dan menciptakan suasana yang nyaman dapat memperingan kecemasan yang dirasakan pasien.

3. Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x60 menit dengan tujuan hipotermia menurun, dengan kriteria hasil suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, pucat menurun. Intervensi yang diberikan yaitu : monitor suhu tubuh, identifikasi hipotermia, lakukan penghangatan aktif seperti berikan selimut.

Pembedahan abdomen merupakan salah satu dari pembedahan mayor, yang membutuhkan pemberian anastesi umum, memerlukan durasi operasi yang lebih lama dibandingkan dengan operasi minor, dan juga adanya paparan yang besar dari rongga tubuh yang terbuka selama operasi. Intervensi lain untuk mempertahankan normotermia selama pembedahan salah satunya yaitu pemberian cairan intravena dan cairan irigasi yang hangat (Pratiwi et al., 2021). Menurut asumsi penulis hipotermia yang dialami pasien karena terpapar suhu lingkungan yang rendah karena di ruang operasi diharuskan untuk

mencegah bakteri yang berkembang yang dapat menyebabkan infeksi. Pemberian selimut hangat atau pemberian irigasi yang sudah dihangatkan dapat mengurangi hipotermia pada pasien.

4. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x60 menit dengan tujuan keluhan mual dan muntah berkurang dengan kriteria hasil keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun. Intervensi yang diberikan yaitu : anjurkan pasien untuk memposisikan nyaman, ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan.

Mual muntah pasca operasi merupakan efek yang tidak menyenangkan bagi pasien pasca anasthesi atau pembedahan karena efek agen farmakologis. Penanganan mual muntah pasca operasi juga dapat diturunkan dengan terapi non farmakologi, salah satunya adalah mobilisasi dini (Arisdiani & Asyrofi, 2019). Menurut asumsi penulis efek samping dari pemberian obat anasthesi dapat menyebabkan efek samping mual dan muntah. Mual dan muntah pasca operasi dapat di atasi dengan pemberian terapi non farmakologis seperti pemberian aromaterapi atau bisa juga dilakukan mobilisasi dini untuk mengurangi mual dan muntah yang dirasakan pasien.

4.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dari rencana keperawatan yang telah disusun mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Implementasi dokumentasi selama 1x24 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift. Soap di dokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Mengidentifikasi kuantitas, intensitas, skala nyeri, menjelaskan factor penyebab memperingan dan memperberat nyeri, menganjurkan menggunakan analgesic.

2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Memonitor tanda ansietas, memberikan suasana lingkungan yang tenang, beri dukungan pada pasien, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.

3. Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Monitor suhu tubuh, mengidentifikasi penyebab hipotermia, melakukan penghangatan pasif seperti memberikan selimut.

4. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis

Mengajarkan cara mengatasi reaksi bat yang tidak diinginkan. Kolaborasi pemberian terapi aromaterapi.

4.6. Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi keperawatan Pre Operasi

Pada saat dilakukan evaluasi ansietas berhubungan dengan krisis situasional pasien mengatakan ansietas berkurang dan pasien sudah tidak tegang. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam pasien sudah tidak mengeluh cemas dan berdoa dan optimis tindakan operasinya berjalan dengan lancar.

2. Evaluasi keperawatan Intra Operasi

Pada diagnosa hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah didapatkan akral pasien masih dingin, kulit pucat dan pasien mengatakan kedinginan sudah berkurang.

3. Evaluasi keperawatan Post Operasi

Pada diagnosa nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis, pasien mengatakan sudah berkurang rasa mual dan hanya muntah satu kali lendir berwarna jernih. Dengan mengatur posisi yang nyaman dan saat pasien merasakan mual dan muntah.

BAB 5

KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Appendicitis* di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1. Simpulan

Dari hasil uraian yang telah didapat tentang asuhan keperawatan pada pasien maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian pre operasi pasien mengalami kecemasan karena baru pertama kali melakukan tindakan operasi karena pasien sebelumnya tidak pernah melakukan tindakan operasi. Pengkajian intra operasi pasien terlihat menggigil dan mengeluh kedinginan karena terpapar suhu ruangan operasi yang dingin. Pasien diberikan selimut hangat untuk mengurangi rasa kedinginan. Pada saat post operasi pasien mengeluh mual dan muntah dengan konsistensi lendir satu kali.
2. Dari diagnosa keperawatan didapatkan pre operasi adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, intra operasi adalah hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah dan post operasi adalah nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis.
3. Intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Appendicitis* dilakukan sesuai dengan ansietas berhubungan dengan krisis situasional: monitor tanda ansietas, ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang dengan

kriteria hasil: ansietas menurun. Pada masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: identifikasi kuantitas, kualitas, skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan kriteria hasil keluhan nyeri berkurang. Pada masalah keperawatan hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah: identifikasi penyebab hipotermia, lakukan penghangatan pasif dengan kriteria hasil tingkat hipotermia menurun. Pada masalah keperawatan Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis: anjurkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan dengan kriteria hasil keluhan mual dan muntah menurun.

4. Implementasi keperawatan pada pasien disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ada : pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut : identifikasi kualitas, kuantitas, intensitas, skala nyeri dan identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pada masalah keperawatan ansietas : identifikasi tingkat ansietas, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Pada masalah keperawatan hipotermia: lakukan penghangatan pasif seperti memberikan selimut hangat pada masalah keperawatan nausea: menjelaskan obat yang diberikan dan mengajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan.
5. Evaluasi tindakan keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional, pasien mengatakan sudah tidak cemas. Pada masalah keperawatan hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah, pasien mengatakan sudah tidak kedinginan dan menggigil. Pada masalah keperawatan nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis pasien mengatakan keluhan mual dan muntah sudah berkurang.

5.2 Saran

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
3. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalina, A., Suchitra, A., & Saputra, D. (2018). Hubungan Jumlah Leukosit Pre Operasi dengan Kejadian Komplikasi Pasca Operasi Apendektomi pada Pasien Apendisitis Perforasi di RSUP Dr. M. Djamil Padang. In *Jurnal Kesehatan Andalas* (Vol. 7, Issue 4). <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
- Arifuddin, A., Salmawati, L., & Prasetyo, A. (2017). Faktor Resiko Kejadian Apendisitis di Bagian Rawat Inap RSU Anutapura Palu. *Jurnal Preventif*, 8(1), 26–33. <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/Preventif/article/view/8344>
- Arisdiani, T., & Asyrofi, A. (2019). Pengaruh Intervensi Keperawatan Non farmakologi Aromaterapi Jahe Terhadap Mual Muntah Pasien Post Operasi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Awaluddin. (2020). Risiko Terjadinya Apendis Faktoritis Pada Penderita Apendisitis Di Rsud Batara Guru Belopa Kabupaten Luwu Tahun 2020. *Jurnal Kesehatan*, 7(1), 67–72. <http://jurnalstikesluwurya.ac.id/index.php/eq/article/view/30/21>
- Cristie, J. O., Wibowo, A. A., Noor, M. S., Tedjowitono, B., Aflanie, I., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Mangkurat, U. L., Digestif, D. B., Ilmu, D., Masyarakat, K., Kedokteran, F., Mangkurat, U. L., Onkologi, D. B., Forensik, D., Kedokteran, F., & Mangkurat, U. L. (2021). Literature Review : Analisis Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Apendisitis Akut. *Homeostasis*, 4(.), 59–68.
- H Kara, O. A. M. A. (2014). 濟無No Title No Title No Title. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(2), 107–115.
- Hidayat, E. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appendicitis Yang Di Rawat Di Rumah Sakit. In *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/1066>
- Indril, U. V., Karim2, D., & Elita3, V. (n.d.). *187926-ID-hubungan-antara-nyeri-kecemasan-dan-ling*.
- Maslow, A. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*.
- Mediarti, D., Akbar, H., Jaya, H., Studi, program, Keperawatan, D., Kesehatan, P., & Kesehatan, K. (2022). *Apendisitis dengan masalah nyeri akut*. 7.
- Nasution, R. A. (2021). *Perbandingan efektivitas operasi apendektomi laparaskopi dan apendektomi terbuka sebagai tatalaksana operasi pada pasien apendisitis: telaah sistematis dan meta analisis*. 1–76.
- Pratiwi, N. K. D. T., Raya, N. A. J., & Puspita, L. M. (2021). Manajemen Hipotermia Dalam Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Yang Menjalani Pembedahan Abdomen: a Literature Review. *Coping: Community of*

Publishing in Nursing, 9(5), 497.
<https://doi.org/10.24843/coping.2021.v09.i05.p02>

Rahmayati, E., Irawan, A., & Sormin, T. (2017). Pengaruh Terapi Komplementer Akupresur terhadap Mual Muntah Pasca Operasi di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Kesehatan*, 8(3), 382.
<https://doi.org/10.26630/jk.v8i3.649>

Ridwan, M., Rinawati, S. A. W., & Syah, D. Z. R. (2014). Terdapat Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Appendectomy. 3(3), 192–197.
<https://doaj.org/article/de096c68ed0d4452b8876797c56671c7>

Silaban, I., Butar-butur, H., & Silitonga, H. A. (2020). *Literature Review Apendiks Pada Apendisitis Akut*. 13(1).

Soewito, B. (2017). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien pre operasi apendisitis di ruang rawat inap rumah sakit umum daerah siti aisyah kota lubuklinggau tahun 2017* (Vol. 5, Issue 2).

Tomayahu, M. (2011). Persepsi Pasien Apendiksitis terhadap Perawatan Apendektomi Yang Di Rawat Di Ruang Bedah RSUD Toto Kabila Kabupaten Bone Bolango. *Politeknik Kesehatan Kemenkes Gorontalo*, 8.

LAMPIRAN 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Riski Firlana Aysha Putri, S.Kep

Nim : 2130094

Program Studi : Ners (Ns)

Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 26 Maret 2000

Agama : Islam

Email : Ayshaputri343@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | | |
|----|------------------------------|------------|
| 4. | TK Al Hidayah Surabaya | Tahun 2005 |
| 5. | SDN Ujung VIII Surabaya | Tahun 2011 |
| 6. | SMP Muhammadiyah 15 Surabaya | Tahun 2014 |
| 7. | SMK Al Irsyad Surabaya | Tahun 2017 |

LAMPIRAN 2

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO

“MENYERAH HANYALAH UNTUK ORANG YANG KALAH”

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada Allah SWT yang telah memberikan nikmat serta hidayah bagi saya untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
2. Terima kasih kepada kedua orang tua saya yang telah berjuang dan memberikan semangat, doa, dukungan kepada saya, dan dana sehingga Karya Ilmiah Akhir ini bisa saya selesaikan dengan tepat waktu.
3. Terima kasih untuk diri sendiri, udah mau sabar, berjuang dan bekerja keras, memang tidak mudah tapi yakin pasti bisa, semangat.
4. Terima kasih kepada Mas Ahmad Choirul Anam yang selalu menemani saya dan membantu saya, serta selalu memberikan dukungan dan semangat untuk saya dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan tepat waktu.
5. Terima kasih kepada Bening Juwita Anjaswari, S.Kep, Reza Meidita Sari, S.Kep dan Rizki Pratama Hariono, S.Kep selaku teman seperbimbingan saya yang selalu memberikan support dan semangat berjuang menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
6. Terima kasih kepada teman-teman Prodi Profesi Ners yang sudah berjuang bersama satu tahun ini, semoga sukses selalu dan semoga pertemanan kita

tetap rukun.

7. Terima kasih kepada semua orang yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan saya semangat dan dukungan untuk saya menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

LAMPIRAN 3

**LEMBAR KONSUL/ BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI NERS KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH
SURABAYA
TA. 2022**

Nama : Riski Firlana Aysha Putri, S.Kep

NIM : 2130094

Judul KIA : ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN
PADA Ny.L DENGAN DIANGNOSA MEDIS
APPENDICITIS DIRUANG OK CENTRAL
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA

NO	HARI/TANGGAL	KONSUL/BIMBINGAN	NAMA PEMBIMBING	PARAF
1.	Senin, 20/06/2022	Koordinasi pengambilan data di ruang OK Central	Bu Ninik Ambar Sari	
2.	Selasa, 21/06/2022	Koordinasi pengambilan data di ruang OK Central	Pak Tri Sunu	
3.	Jumat, 24/06/2022	Pembahasan BAB 3	Bu Ninik Ambar Sari	
4.	Senin, 27/06/2022	Pembahasan BAB 3	Pak Tri Sunu	
4.	Selasa, 28/06/2022	Pembahasan BAB 1,2,3,4	Bu Ninik Ambar Sari	
5.	Selasa, 28/06/2022	Pembahasan Acc BAB 3	Pak Tri Sunu	
6.	Senin, 04/07/2022	ACC ujian sidang KIA	Bu Ninik Ambar Sari	
7.	Senin, 04/07/2022	ACC ujian sidang KIA	Pak Tri Sunu	
8.	Senin, 22/08/2022	Konsul Hasil Revisi	Bu Ninik Ambar Sari	
9.	Senin, 22/08/2022	Konsul Hasil Revisi	Pak Tri Sunu	

LAMPIRAN 4

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p>SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) LATIHAN RELAKSASI NAFAS DALAM</p>		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	TGL.TERBIT	NO.DOC-HAL	
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Suatu tindakan teknik relaksasi yang dilakukan untuk mengefektifkan saluran pernafasan.</p>		
<p>TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan ventilasi alveoli dan meningkatkan kapasitas paru-paru 2. Memelihara pertukaran gas 3. Mencegah atelektasi paru 4. Meningkatkan efisiensi batuk 5. Mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. 		
<p>KEBIJAKAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes Nomor 908 Tahun 2010 tentang Pelayanan Keperawatan Keluarga 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1023/MENKES/SK/XI/2008 tentang penyakit asma 		
<p>REFERENSI</p>	<p>Smeltzer dan Bare. 2002. Keperawatan medikal bedah. Edisi 8 Vol.1. Alih Bahasa: Agung waluyo. Jakarta: EGC.</p>		
<p>PROSEDUR / LANGKAH - LANGKAH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan alat : <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada persiapan alat secara khusus untuk pasien 2) Bantal tambahan apabila diperlukan 		

	<p>b. Tahap pra-interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mencuci tangan <p>c. Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan salam terapeutik 2) Validasi kondisi klien 3) Menjaga privasi klien 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga <p>2. Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Langkah 1 : Atur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau duduk di kursi b. Langkah 2 : Ajarkan klien untuk melakukan tarik napas melalui hidung, kemudian mengerutkan bibir seperti bersiul dan mengeluarkan napas dengan lembut dan lambat sehingga membuat bunyi “berdesis” tanpa menggembungkan pipi. c. Langkah 3 : Minta klien untuk melakukan napas dalam melalui hidung dan hitung sampai 3 kali hitungan d. Langkah 4 : Minta klien untuk berkonsentrasi menegangkan otot-otot abdomen saat mengeluarkan napas secara perlahan melalui bibir yang dikerutkan sambil menghitung sampai 7 atau sampai tidak bisa mengeluarkan napas lagi. e. Langkah 5 : Minta klien untuk melakukan latihan ini pada sesak napas/dispnea dan meningkatkan secara bertahap sebanyak 4 kali sehari <p>3. Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi hasil kegiatan b. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya c. Akhiri kegiatan dengan baik d. Cuci tangan <p>4. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Catat waktu pelaksanaan tindakan
--	---

	<ul style="list-style-type: none">b. Catat respons pasienc. Paraf dan nama perawat jaga
--	--