

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.H POST OP
APPENDISITIS DENGAN IMPLEMENTASI
RELAKSASI NAFAS DALAM DENGAN
MASALAH NYERI AKUT DIRUANG
BEDAH RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH :

RIRIN DWI ANGGESTI
NIM. P00320120060

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.H POST OP
APPENDISITIS DENGAN IMPLEMENTASI
RELAKSASI NAFAS DALAM DENGAN
MASALAH NYERI AKUT DIRUANG
BEDAH RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

RIRIN DWI ANGGESTI
NIM. P00320120060

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Ririn Dwi Anggesti
Tempat, Tanggal Lahir : Pal Batu, 07 Juni 2002
NIM : P0 0320120060
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.H Post Op
Appendisitis Dengan Implementasi Relaksasi
Nafas Dalam Dengan Masalah Nyeri Akut Diruang
Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 06 Juli 2023.

Curup, 06 Juli 2023
Pembimbing



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP.197112171991021001

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.H POST OP APPENDISITIS
DENGAN IMPLEMENTASI RELAKSASI NAFAS DALAM
DENGAN MASALAH NYERI AKUT DIRUANG BEDAH
RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

Disusun oleh :

RIRIN DWI ANGGESTI
NIM.P00320120060

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 06 Juli 2023, dan dinyatakan

L U L U S

Ketua Penguji



Ns. Fatimah Khoirini, M.Kes
NIP. 198010202005012004

Penguji I



Ns. Fitriyanti Yuliana Widiawati, S.Kep
NIP. 198807012019022002

Penguji II



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP. 197112171991021001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.H POST OP APPENDISITIS
DENGAN IMPLEMENTASI RELAKSASI NAFAS DALAM
DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANG
BEDAH RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

ABSTRAK

Latar Belakang: *Appendisitis* merupakan peradangan pada apendiks dengan gejala awal adalah nyeri samar dan tumpul disekitar *umbilikus* biasanya disertai demam ringan, mual, muntah, dan diare. Dalam beberapa jam nyeri berpindah pada titik *McBurney* dengan keluhan mengalami nyeri tekan dan nyeri pada saat bergerak pada kuadran kanan bawah. Untuk mengatasi keluhan tersebut yaitu dengan melakukan tindakan Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam. **Tujuan:** Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien post op appendisitis meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam didapatkan hasil tingkat nyeri menurun, mobilitas fisik meningkat, eliminasi fekal membaik, termoregulasi membaik. **Kesimpulan:** Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam digunakan dalam mengurangi nyeri pasca operasi pada klien.

Kata kunci: *Appendisitis*, nyeri, Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam

**NURSING CARE FOR An.H POST OP APPENDICITIS WITH
IMPLEMENTATION DEEP BREATHING RELAXATION
WITH ACUTE PAIN PROBLEMS IN THE SURGERY
ROOM OF REJANG LEBONG HOSPITAL
YEAR 2023**

ABSTRACT

Background: Appendicitis is an inflammation of the appendix with initial symptoms of vague and dull pain around the umbilicus, usually accompanied by low-grade fever, nausea, vomiting and diarrhea. Within a few hours the pain moved to McBurney's point with complaints of experiencing tenderness and pain on movement in the right lower quadrant. To overcome these complaints, namely by doing 1 action of the Deep Breathing Relaxation Technique. **Purpose:** To determine nursing care for post op appendicitis clients including assessment, intervention, implementation, and evaluation of recovery. **Results:** After 4x24 hours of nursing care, the results showed that pain levels decreased, physical mobility increased, fecal elimination improved, thermoregulation improved. **Conclusion:** Deep Breathing Relaxation Technique is used to reduce postoperative pain in clients.

Keywords: Appendicitis, pain, Deep Breathing Relaxation Technique

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikah rahmat dan karunia-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pada An.H Post Op Appendisitis Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam Dengan Masalah Nyeri Akut Diruang Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023” .

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan penelitian Karya Tulis Ilmiah pada program studi diploma tiga keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan materi maupun moral dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM.,MPH Selaku Direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu.
2. Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep.,M.Kep. selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu dan Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ns. Fatimah Khoirini, S.Kp., M.Kes selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

4. Ns. Fitriyanti Yuliana Widiawati, S.Kep. penguji I yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
5. Almaini, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswi, salah satunya menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah.
6. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
7. Kedua orang tua, saudara, serta rekan-rekan yang telah memberikan dukungan serta doa sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat dan nikmat yang telah diberikan akan menjadi amal baik dan dibalas oleh Allah SWT. Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan baik dari segi penulisan maupun teori yang mendasar, sehingga penulis berharap ada saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi menyempurnakan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Curup,.....2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Manifestasi Klinik	8
2.1.4 Anatomi Fisiologi	8
2.1.5 Patofisiologi	9
2.1.6 WOC (<i>Web Of Caution</i>)	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	12
2.1.8 Penatalaksanaan Medis.....	13
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan.....	15
2.2 Konsep Nyeri Akut.....	16
2.2.1 Pengertian Nyeri Akut.....	16
2.2.2 Proses Nyeri Akut.....	16
2.3 Konsep Terapi Relaksasi Nafas Dalam	17
2.3.1 Pengertian Terapi Relaksasi Nafas Dalam	17
2.3.2 Tujuan Terapi Relaksasi Nafas Dalam	17
2.3.3 Manfaat Terapi Relaksasi Nafas Dalam	18
2.3.4 Evidence Based Terapi Relaksasi Nafas Dalam.....	18
2.3.5 Prosedur Tindakan.....	19
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	20
2.4.1 Pengkajian	20
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	22
2.4.3 Rencana Keperawatan	25
2.4.4 Implementasi Keperawatan	32
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	32

BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain/Rancangan Studi Kasus	34
3.2 Subjek Studi Kasus	34
3.3 Fokus Studi Kasus	34
3.4 Definisi Operasional	35
3.5 Tempat dan Waktu Studi Kasus	35
3.6 Pengumpulan Data.....	35
3.7 Penyajian Data.....	37
3.8 Etika Penelitian.....	37
BAB IV TINJAUAN KASUS	
4.1 Pengkajian.....	39
4.2 Analisa Data.....	54
4.3 Diagnosa Keperawatan	56
4.4 Intervensi Keperawatan	57
4.5 Implementasi Keperawatan	62
4.6 Evaluasi Keperawatan	71
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Pengkajian.....	81
5.2 Diagnosa Keperawatan	82
5.3 Intervensi Keperawatan	83
5.4 Implementasi Keperawatan	84
5.5 Evaluasi Keperawatan	84
BAB VI PENUTUP	
6.1 Kesimpulan.....	86
6.2 Saran	88
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
2.1	Anatomi Appendix	9

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.1	Rencana Keperawatan	25
	Appendisitis	
4.1	Pola kebiasaan sehari-hari	44
4.2	Hasil pemeriksaan laboratorium	52
4.3	Penatalaksanaan terapi obat	52
4.4	Fungsi obat	53
4.5	Analisa Data	54
4.6	Diagnosa Keperawatan	56
4.7	Intervensi Keperawatan	57
4.8	Implementasi keperawatan	62
4.9	Evaluasi Keperawatan	71

DAFTAR BAGAN

No	Judul	Halaman
1	<i>Web of Caution</i> Appendisitis	11
2	Genogram	42

DAFTAR LAMPIRAN

NO	Lampiran
1.	Lembar Konsul
2.	Biodata
3	SOP
4.	Lembar Observasi
5.	Surat Pengambilan Kasus
6.	Surat selesai dinas RSUD
7.	Dokumentasi
8.	Jurnal
9.	Hasil Plagiarisme

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Apendisitis 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 seperti Gangrenosa, Perforasi, bahkan dapat terjadi Peritonitis Generalisata. Penyumbatan akan menyebabkan lumen usus buntu terhambat, sehingga bakteri menumpuk di usus buntu dan menyebabkan peradangan akut dan Perforasi dan Pembentukan Abses (Amalina, et al, 2018).

Angka kejadian apendisitis cukup tinggi di dunia. Berdasarkan *World Health Organisation* (WHO 2014, angka kejadian apendisitis di dunia mencapai 384 juta kasus setiap tahun nya, terdapat 236 juta kasus apendisitis pada laki-laki dan 148 juta kasus pada perempuan di seluruh dunia. Statistik di Amerika mencatat setiap tahun terdapat 20-35 juta kasus apendisitis, sumber lain juga menyebutkan bahwa apendisitis terjadi pada 7% populasi di Amerika Serikat, dengan insidens 1,1 kasus per 1000 orang pertahun (Lisnawati, 2015).

Kejadian Apendisitis akut di negara berkembang tercatat lebih rendah dibandingkan dengan negara maju. Di Asia Tenggara, Indonesia menempati urutan pertama sebagai angka kejadian Apendisitis akut tertinggi dengan prevalesi 0.05%, diikuti oleh Filipina sebesar 0.022% dan Vietnam sebesar 0.02% , Hal ini juga disebabkan oleh karena mengikuti gaya makan orang yang banyak mengonsumsi

makanan cepat saji (Wijaya et al, 2020).

Secara umum di Indonesia apendisitis masih merupakan penyokong terbesar untuk pasien operasi setiap tahunnya, di Indonesia jumlah tertinggi pasien yang menderita apendisitis pada tahun 2015 berjumlah 596.132. Pravelensi tertinggi penyakit apendisitis yaitu daerah Kalimantan Timur berjumlah sekitar 7.150 kasus dari jumlah penduduk, sedangkan di Jawa Tengah sejumlah 5.980 penderita, dan yang mengalami kematian sebanyak 177 dari penderita (Juliyansyah, 2016).

Berdasarkan data Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr.M Yunus Bengkulu angka kejadian apendiksitis pada tahun 2015 terdapat 32 kasus, terjadi peningkatan pada tahun 2016 terdapat 125 kasus, dan terjadi penurunan pada tahun 2017 terdapat 72 kasus (Rekam medik RSUD Dr.M Yunus Bengkulu, 2017).

Berdasarkan data tahunan yang di peroleh dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Rejang Lebong, menunjukkan bahwa apendisitis berada di 10 besar penyakit yang paling sering dirawat di ruang anggrek (bedah) rumah sakit. Pada tahun 2016 angka kejadian di RSUD Rejang Lebong terdapat data 61 kasus dengan apendisitis, pada tahun 2017 meningkat terdapat 73 kasus apendisitis, sedangkan pada tahun 2018 kasus apendisitis meningkat terdapat 99 kasus dengan apendisitis, kemudian pada tahun 2019 terdapat 98 kasus apendiksitis, pada tahun 2020 mengalami penurunan terdapat 34 kasus apendisitis, tahun 2021 juga terdapat 34 kasus dan mengalami peningkatan pada tahun 2022 yaitu 53 kasus pasien dengan apendicitis yang dirawat di ruang bedah (Rekam medik RSUD Rejang Lebong).

Dampak dari operasi apendisitis ada beberapa efek sampingnya yaitu radang selaput perut, luka infeksi, infeksi saluran perkemihan, obstruksi usus, rasa nyeri

dan kelelahan. Dampak nyeri post operasi akan meningkatkan stress bagi klien dan penyembuhannya. Sehingga mengontrol nyeri sangat penting setelah operasi, nyeri yang di bebaskan dapat mengurangi kecemasan, bernafas lebih mudah dan dapat mentoleransikan mobilitas yang cepat. (Elizabeth, 2014).

Salah satu penatalaksanaan pasien dengan apendisitis akut adalah dengan cara pembedahan Apendektomi. Apendektomi merupakan Tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks yang di diagnosa apendisitis sebagai pencegahan terjadinya perforasi apendiks dan penanganan terjadinya perforasi yang dapat menimbulkan nyeri (Amalia & Susanti, 2014).

Adapun penatalaksanaan keperawatan untuk mengurangi dan mengatasi nyeri pada pasien apendisitis yaitu salah satu strategi yang dapat dilakukan adalah terapi relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti ketegangan otot atau kecemasan (PPNI, 2018).

Berdasarkan latar belakang dan diagnosa yang paling sering muncul selama post operasi apendisitis yaitu nyeri akut, bentuk intervensi yang diberikan yaitu relaksasi nafas dalam, untuk membedakan tindakan yang biasanya dilakukan di rumah sakit yaitu tehnik ini disesuaikan dengan pedoman jurnal dengan melakukan tindakan 3 hari implementasi dengan frekuensi waktu kurang lebih 5

menit sebanyak 3-4 kali . Penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Apendisitis melalui proses pengkajian,diagnose,intervensi,implementasi terutama penerapan terapi relaksasi nafas dalam, dan evaluasi secara komprehensif di Ruang Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan Appendisitis di Ruang Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Post Op* Appendistitis di Ruang Bedah RSUD Rejang Lebong tahun 2023”.

1.3.2 Tujuan Khusus

Menggambarkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Appendisitis di RSUD Rejang Lebong.

- a. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan Post Op Appendisitis di ruang bedah RSUD Rejang Lebong.
- b. Dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Post Op Appendisitis di ruang bedah RSUD Rejang Lebong.
- c. Dapat merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Appendisitis di ruang bedah RSUD Rejang Lebong.
- d. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Post Op Appendisitis di ruang bedah RSUD Rejang Lebong.

- e. Dapat melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Appendisitis di ruang bedah RSUD Rejang Lebong.

1.4 Manfaat Penulisan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak antara lain:

- a. Manfaat Penulis

Menambah wawasan dan pengalaman dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system pencernaan Appendisitis.

- b. Manfaat bagi profesi keperawatan

Sebagai bahan masukan dan informasi bagi tenaga kesehatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada penderita Appendisitis.

- c. Manfaat bagi institusi

- a) Rumah sakit

Dapat berfungsi sebagai pusat informasi bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pelayanan dan perawatan pada pasien dengan Appendisitis.

- b) Pendidikan

Sebagai sumber bacaan atau referensi untuk meningkatkan kualitas Pendidikan keperawatan khususnya pada pasien dengan Appendisitis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Apendiks adalah umbai kecil menyerupai jari yang menempel pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Karena pengosongan isi apendiks ke dalam kolon tidak efektif dan ukuran lumennya kecil, apendiks mudah tersumbat dan rentan terinfeksi (Apendisitis). Apendiks yang tersumbat akan meradang dan edema kemudian pada akhirnya dipenuhi nanah (pus). Apendisitis adalah penyebab utama inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen dan penyebab tersering pembedahan abdomen darurat. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, apendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun (Brunner & Suddarth, 2016).

Adapun klasifikasi apendiksitis Menurut Hidayat (2005) dalam Mardalena, Ida(2017). Apendiksitis dibagi menjadi 2, antara lain sebagai berikut :

2.1.1.1 Apendisitis akut

Peradangan pada apendiks dengan gejala khas yang memberi tanda setempat. Gejala apendisitis akut antara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini disertai rasa mual muntah dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik *McBurney*. Pada titik ini, nyeri yang dirasakan menjadi lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat

2.1.1.2 Apendisitis Kronis

Apendiksitis kronis baru bisa ditegakkan apabila ditemukan tiga hal yaitu pertama, pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternatif diagnosa lain. Kedua, setelah dilakukan apendiktomi, gejala yang dialami pasien akan hilang. Ketiga, secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau *fibrosis* pada apendiks.

2.1.2 Etiologi

Penyebab terjadinya apendisitis sebenarnya masih dalam perdebatan, apendiks umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Namun diyakini bahwa penyebab terjadinya apendisitis adalah obstruksi atau sumbatan di lumen apendiks. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh fekalit, hiperplasia kelenjar limfoid, benda asing dan tumor maupun keganasan. Tersumbatnya apendiks menyebabkan penumpukan cairan di dalam lumen, karena kapasitasnya yang kecil maka terjadi peningkatan tekanan intraluminal dan dilatasi dengan cepat (Bhangu et al, 2015; Petroianu dan Barroso, 2016).

2.1.3 Manifestasi Klinik

Menurut Brunner & Suddarth (2016), tanda dan gejala apendisitis yaitu : Nyeri di kuadran kanan bawah, biasanya disertai dengan demam ringan, mual, dan terkadang muntah, kehilangan nafsu makan dan kerap dijumpai konstipasi.

- a. Pada titik McBurney (terletak di pertengahan antara umbilicus dan spina anterior ilium), terasa nyeri tekan local dan kekakuan pada bagian bawah otot rektus kanan.

- b. Nyeri pantul dapat dijumpai lokasi apendiks menentukan kekuatan nyeri tekan, spasme otot, dan adanya diare atau konstipasi.
- c. Tanda Rosving (Muncul dengan memalpasi kuadran kiri bawah, yang anehnya menyebabkan nyeri di kuadran kanan bawah).
- d. Jika apendiks pecah, nyeri menjadi lebih menyebar abdomen menjadi terdistensi akibat ileus paralitik, dan kondisi memburuk.

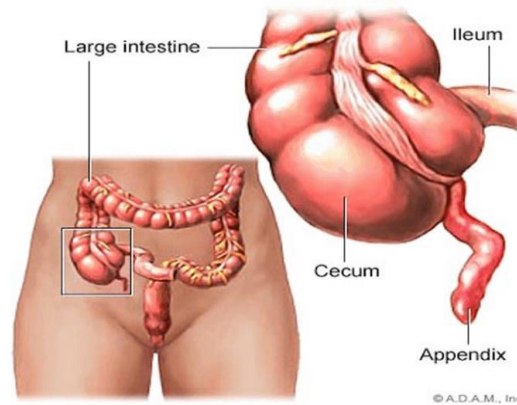
2.1.4 Anatomi Fisiologi

2.1.4.1 Anatomi Apendiks

Apendiks vermiformis atau yang sering disebut sebagai apendiks adalah organ berbentuk tabung dan sempit yang mempunyai otot dan banyak mengandung jaringan limfoid. Panjang apendiks vermiformis bervariasi dari 3-5 inci (8-13 cm). Dasarnya melekat pada permukaan aspek posteromedial caecum, 2,5 cm dibawah junctura iliocaecal dengan lainnya bebas. Lumennya melebar di bagian distal dan menyempit di bagian proksimal (Siti Hardiyanti Sibuea, 2014).

Apendiks vermiformis terletak pada kuadran kanan bawah abdomen di region iliaca dextra. Pangkalnya diproyeksikan ke dinding anterior abdomen pada titik sepertiga bawah yang menghubungkan spina iliaca anterior superior dan umbilicus yang disebut titik McBurney (Siti Hardiyanti Sibuea, 2014).

Gambar 2. 1 Anatomi Appendix



Sember : Wijaya (2015).

2.1.4.2 Fisiologi Appendix

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

2.1.5 Patofisiologi

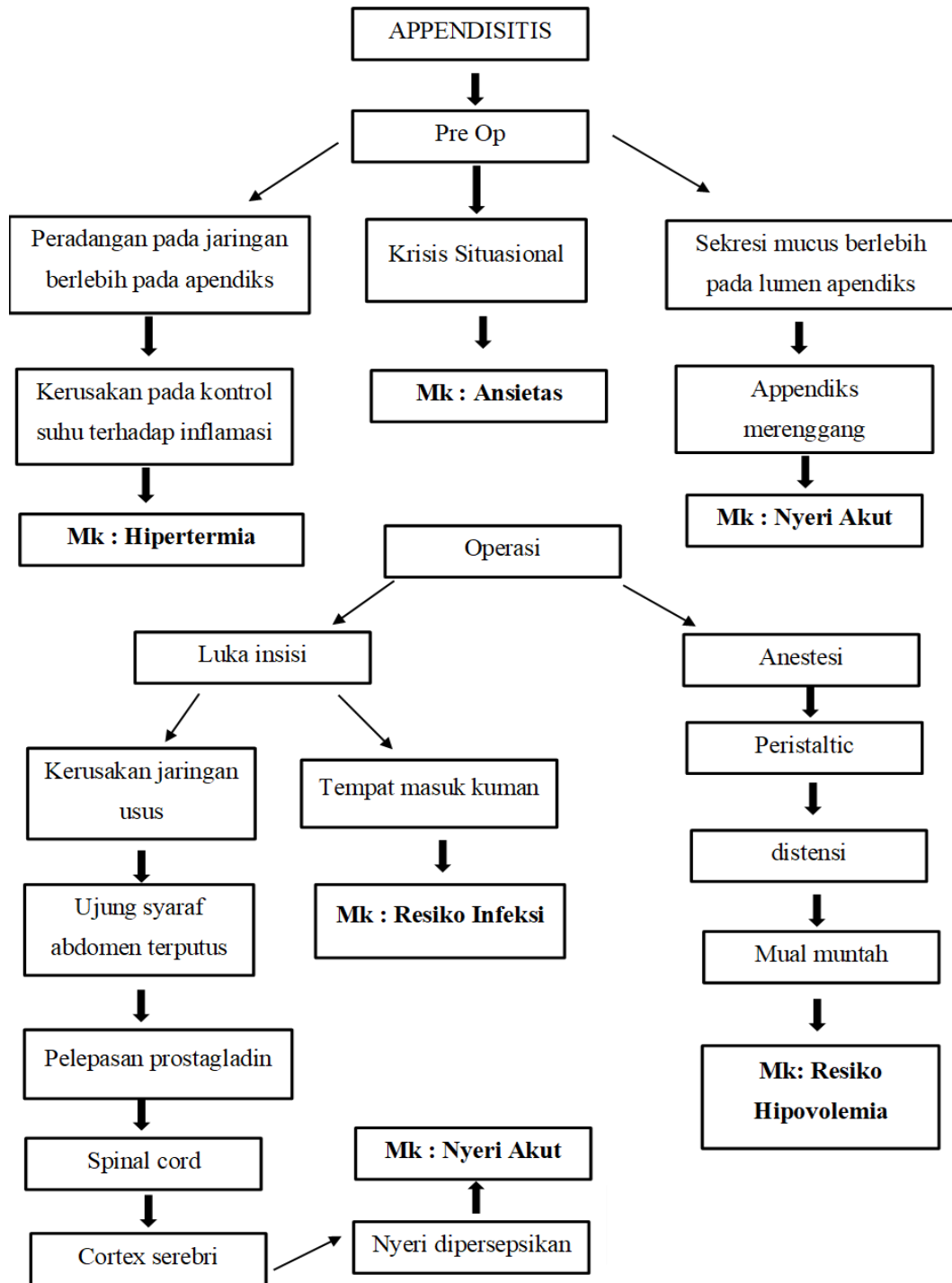
Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folokel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus

yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin 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, dehidrasi bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Apabila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding.

Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuraktif akut. Apabila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi. Bila proses di atas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah apendektomi, jika tidak dilakukan tindakan segera mungkin maka peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang (Mansjoer, 2012).

2.1.6 WOC (Web Of Caution)



Sumber : (Nurafif & Kusumma 2016)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Wijaya (2015), dibagi menjadi 3 yaitu:

2.1.7.1 Laboratorium

Ditemukan leukositosis 10.000 s/d 18.000/mm, kadang-kadang dengan pergeseran ke kiri leukositosis lebih dari 18.000 mm disertai keluhan atau gejala apendisitis lebih dari empat jam mencurigakan *perforasi* sehingga diduga bahwa tingginya leukositosis sebanding dengan hebatnya peradangan.

2.1.7.2 Radiologi

Pemeriksaan radiology akan sangat berguna pada kasus atipikal. Pada 55% kasus apendisitis stadium awal akan ditemukan gambaran foto polos abdomen yang abnormal, gambaran yang lebih spesifik adanya masa jaringan lunak di perut kanan bawah dan mengandung gelembung-gelembung udara. Selain itu gambaran radiology yang ditemukan adanya *fecaliti*. Pemeriksaan radiology X-ray dan USG (ultrasonografi) menunjukkan densitas pada kuadran kanan bawah atau tingkat aliran darah setempat.

2.1.7.3 Pemeriksaan penunjang lainnya

Pemeriksaan penunjang lainnya dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan colok dubur : menyebabkan nyeri daerah infeksi, bisa dicapai dengan jari telunjuk, Dapat juga dilakukan dengan uji *psaos* dan uji *obrutator* merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui letak apendiks.

2.1.8 Tindakan Medis

Menurut Wijaya & Putri,(2013) penatalaksanaan medis pada appendisitis meliputi:

2.1.8.1 Sebelum operasi

a. Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendisitis seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

b. Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien apendiktomi. Antibiotik diberikan sebelum, saat, hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena (IV) (Sulikhah, 2014).

2.1.8.2 Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendiktomi. Apendiktomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks (Wiwik Sofiah, 2017). Operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan 2 teknik yaitu:

- a. Operasi apendiktomi terbuka dan laparaskopi apendiktomi. Apendiktomi terbuka dilakukan dengan cara membuat sebuah sayatan dengan panjang sekitar 2 – 4 inci pada kuadran kanan bawah abdomen dan apendiks dipotong melalui

lapisan lemak dan otot apendiks. Kemudian apendiks diangkat atau dipisahkan dari usus (Dewi, 2015).

- b. Laparaskopi apendiktomi dilakukan dengan membuat 3 sayatan kecil di perut sebagai akses, lubang pertama dibuat dibawah pusar, fungsinya untuk memasukkan kamera super mini yang terhubung ke monitor ke dalam tubuh, melalui lubang ini pula sumber cahaya dimasukkan. Sementara dua lubang lain di posisikan sebagai jalan masuk peralatan bedah seperti penjepit atau gunting. Ahli bedah mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi apendiks. Apendiks dipisahkan dari semua jaringan yang melekat, kemudian apendiks diangkat dan dikeluarkan melalui salah satu sayatan (Hidayatullah, 2014).

2.1.8.3 Post operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Klien dibaringkan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal(peristaltik usus 5-30 kali per menit).

- a. Sehari pasca operasi , posisikan pasien semi fowler , posisi ini dapat mengurangi tegangan pada luka insisi sehingga membantu mengurangi rasa nyeri .
- b. Sehari pasca operasi , pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri tegak dan duduk diluar kamar.

- c. Pasien yang mengalami dehidrasi sebelum pembedahan diberikan cairan melalui intravena. Cairan peroral biasanya diberikan bila pasien dapat mentoleransi.\
- d. Dua hari pasca operasi, diberikan makanan saring dan pada hari berikutnya dapat diberikan makanan lunak.

Proses penyembuhan luka:

Menurut Hariani, L. (2017) Luka adalah terputusnya kontinuitas struktur anatomi jaringan tubuh, dimana fase penyembuhannya terdiri dari 3 tahap yaitu:

- 1) Fase Inflamasi yang dibagi menjadi *early inflammation* (Fase haemostasis), dan *late inflammation* yang terjadi sejak hari ke 0 sampai hari ke 5 pasca terluka.
- 2) Fase Proliferasi, yang meliputi tiga proses utama yakni: Neoangiogenesis, pembentukan fibroblast dan re-epitelisasi, terjadi dari hari ke-3 sampai hari ke-21 pasca terluka.
- 3) Fase Pematangan terjadi mulai hari ke-21 sampai 1 tahun pasca luka.yang bertujuan untuk memaksimalkan kekuatan dan integritas struktural jaringan baru pengisi luka, pertumbuhan epitel dan pembentukan jaringan parut.

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan Apendisitis

- a. Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah deficit volume cairan,menurunkan ansietas, mengatasi infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran GI, mempertahankan integritas kulit, dan mencapai nutrisi yang optimal.
- b. Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur

- IV, berikan antibiotic, dan masukkan selang nasogatrik (bila terbukti ada ileus paralitik). Jangan berikan enema atau laksatif (dapat menyebabkan perforasi).
- c. Setelah operasi, posisikan pasien Fowler-tinggi, berikan analgesic narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi. Jika pasien dehidrasi sebelum pembedahan, berikan cairan IV.
- d. Jika drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tanda-tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder, atau abses sekunder (mis., edema, takikardi, dan peningkatan jumlah leukosit) . (Brunner & Suddarth, 2016).

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Pengertian Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan. (SDKI DPP PPNI, 2017). Pengukuran skala nyeri dapat dilakukan dengan penilaian PQRST:

P : Provokatif/Paliatif, Penyebab timbulnya rasa nyeri

Q : Kualitas/Quantitas, Seberapa berat keluhan nyeri terasa, Bagaimana rasanya

R : Region/Radiasi, Lokasi dimana nyeri dirasakan/ditemukan

S : Skala Seviritas, Skala nyeri

T : Timing, Kapan keluhan mulai dirasakan dan seberapa sering nyeri muncul.



2.2.2 Proses Tingkat Nyeri

Setiap prosedur pembedahan termasuk Tindakan appendectomy akan mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan (luka). Dengan adanya luka tersebut, akan merangsang nyeri yang disebabkan oleh jaringan luka yang mengeluarkan prostaglandin dan leukotriens yang merangsang susunan saraf pusat, serta adanya plasma darah yang akan mengeluarkan plasma extravation sehingga terjadi edema dan mengeluarkan bradikinin yang merangsang susunan saraf pusat, selanjutnya diteruskan ke spinal cord untuk mengeluarkan impuls nyeri, nyeri akan menimbulkan berbagai masalah fisik maupun psikologis. Masalah-masalah tersebut apabila tidak segera diatasi akan menimbulkan masalah yang kompleks (Solehati,2015).

2.3 Relaksasi Napas Dalam Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Akut

2.3.1 Pengertian Relaksasi Napas Dalam

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini adalah distraksi atau pengalihan perhatian. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri Ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan kecemasan dan nyeri pasca operasi (Hartanti, dkk, 2016).

Berdasarkan 5 artikel penelitian yang dilakukan, Yohnhatan Goa Rumbi (2020), didapatkan bahwa relaksasi nafas dalam terbukti secara signifikan dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operasi apendisitis.

2.3.2 Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Terdapat beberapa tujuan dari Teknik relaksasi nafas dalam, yaitu antara lain untuk mengatur frekuensi pola nafas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, meningkatkan keyakinan, Kesehatan mental menjadi lebih baik (Wardani, 2015).

2.3.3 Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam

Manfaat dari relaksasi napas dalam yaitu meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi dalam darah sehingga otot-otot tubuh menjadi relaksasi hal tersebut membantu meminimalkan dampak stress karena nyeri dan memberi pasien perasaan terkontrol.

2.3.4 Evidence Based Terapi Relaksasi Napas Dalam

Hasil penelitian Devi Mediarti, dkk (2022) tentang Implementasi Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Apendisitis Dengan Masalah Nyeri Akut di RSUP Palembang , Didapatkan hasil pada hari pertama pasien merasakan nyeri di perut kanan bawah akibat operasi apendisitis , yang membedakan pengkajian hari pertama, kedua dan ketiga adalah komponen S dan T yaitu pada hari kedua skala nyeri 4 dan hilang timbul, dan pada hari ketiga skala nyeri 2, jadi dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi napas dalam efektif dalam menurunkan skala nyeri pada pasien yang mengalami nyeri akut akibat post op.

Hasil penelitian Mayasyanti dan Poppi (2018) tentang Pengaruh Tekhnik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Apendiktomi Di Ruang Nyi Ageng RSUP Sekarwangi mengatakan bahwa tingkat nyeri dapat berkurang dengan dilakukan terapi relaksasi nafas dalam.

2.3.5 Prosedur Tindakan Teknik Relaksasi Napas Dalam

2.3.5.1 Tahap Pra Interaksi

- a. Melakukan verifikasi data pasien.
- b. Mencuci tangan.

2.3.5.2 Tahap Orientasi

- a. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik.
- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien.
- c. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan.

2.3.5.3 Tahap Kerja

- a. Mempersiapkan pasien.
- b. Mengkaji skala nyeri klien sebelum dilakukan tindakan
- c. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan 1 tangan di abdomen.
- d. Melatih pasien melakukan napas perut (menarik napas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan. Jaga mulut tetap tertutup).
- e. Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung).
- f. Meminta pasien menahan napas hingga 3 hitungan.
- g. Meminta menghembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut bibir seperti meniup) lakukan sebanyak 5-6 kali .
- h. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot.
- i. Mengevaluasi tindakan (status pernapasan, perasan pasien, dll).

- j. Mengajarkan pasien untuk menggunakan teknik ini jika mengalami nyeri dan melakukannya sebanyak 5-6 kali selama 5 menit hingga nyeri merasa berkurang.
- k. Mengukur skala nyeri klien setelah dilakukan tindakan

2.3.5.4 Tahap Terminasi

- a. Berpamitan dengan pasien.
- b. Mencuci tangan.
- c. Dokumentasi keperawatan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam standar praktik klinis terdiri dari 5 fase asuhan keperawatan yaitu: 1) Pengkajian; 2) Diagnosa; 3) Perencanaan; 4) Implementasi; dan 5) Evaluasi. Salah satu manfaat dari asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan (Kozier, 2010).

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan mengkomunikasikan data tentang klien. Tujuan pengkajian untuk membuat data dasar tentang kesehatan klien, praktik kesehatan, penyakit terdahulu, dan pengalaman yang berhubungan, dan tujuan perawatan kesehatan. Proses keperawatan ini mencakup 2 langkah yaitu ,pengumpulan data dari sumber subjektif dan objektif:

2.4.1.1 Sumber subjektif

meliputi data yang didapatkan dari klien, orang terdekat klien, atau keluarga klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian.

2.4.1.2 Sumber objektif

yaitu data yang dapat diobservasi dan diukur selama proses pemeriksaan fisik. Data pengkajian yang terkumpul mencakup klien, keluarga, masyarakat, lingkungan atau kebudayaan.

Adapun Fokus pengkajian pada klien dengan apendisitis menurut Wijaya (2013), yaitu :

a. Aktivitas/Istirahat

Gejala : Malaise

Tanda : Perasaan lelah, tidak nyaman, dan kurang enak badan

b. Sirkulasi

Tanda : Takikardi

c. Eliminasi

Gejala : Konstipasi pada awitan awal, diare (kadang-kadang)

Tanda : Distensi abdomen, nyeri tekan/nyeri lepas, kekakuan,
Penurunan atau tidak ada bising usus.

d. Makanan/cairan

Gejala : Anoreksia

Tanda : Mual atau muntah

e. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Nyeri abdomen sekitar epigastrium dan umbilikus, yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik *Mc Burney* (setengah jarak antara umbilikus dan tulang ileum kanan), meningkat karena berjalan, bersin, batuk atau nafas dalam (nyeri berhenti tiba-tiba diduga perforasi atau infark pada apendiks).

Tanda : Perilaku berhati-hati, berbaring kesamping atau telentang dengan lutut ditekuk, meningkatnya nyeri pada kuadran kanan bawah karena posisi ekstensi kaki kanan/posisi duduk tegak, nyeri lepas pada sisi kiri diduga inflamasi peritoneal.

f. Keamanan

Tanda : Demam (Biasanya Rendah)

g. Pernafasan

Tanda : Takipnea, Pernafasan dangkal.

h. Pemeriksaan diasnostik

Sigle Deepest Pocket (SDP) : leukosit diatas 12.000/mm, neutrofil meningkat sampai 75%. *Urinalisis* : normal, tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada.

Foto abdomen : dapat menyatakan adanya pergeseran material pada apendiks (fekalit), *ileus* terlokalisir.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi

yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016).

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada klien dengan gangguan sistem pencernaan pre dan post apendiktomi, antara lain :

2.4.2.1 Ansietas

Ansietas berhubungan dengan; Krisis situasional; kebutuhan tidak terpenuhi; krisis maturasional; ancaman terhadap konsep diri; ancaman terhadap kematian; aekhawatiran mengalami kegagalan; disfungsi sistem keluarga; hubungan orang tua-anak tidak memuaskan; faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir); penyalahgunaan zat; terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain); kurang terpapar informasi.

2.4.2.2 Hipertemia

Hipertermia berhubungan dengan; dehidrasi; terpapar lingkungan panas; proses penyakit (mis. infeksi, kanker); ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan; peningkatan laju metabolisme; respon trauma; aktivitas berlebihan.

2.4.2.3 Nyeri akut

Nyeri Akut berhubungan dengan : Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma); agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan); agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

2.4.2.4 Resiko hipovolemia

Resiko hipovolemia berhubungan dengan : Kehilangan cairan aktif; kegagalan mekanisme regulasi; peningkatan permeabilitas kapiler; kekurangan

intake cairan; evaporasi.

2.4.2.5 Resiko infeksi

Resiko infeksi berhubungan dengan : Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus); efek prosedur invasi; malnutrisi; peningkatan paparan organisme patogen lingkungan; ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.

Diagnosa keperawatan menurut Nurarif & kusumma (2016), pre dan post operasi apendiktomi yaitu:

Diagnosa keperawatan Pre operasi apendiktomi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
- b. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Diagnosa keperawatan post operasi apendiktomi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive
- c. Resiko hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif

2.4.3 Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Adapun definisi dari luaran (outcome) keperawatan itu sendiri adalah aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (SLKI, 2018).

Tabel 2. 1 Rencana Keperawatan Appendisit

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2016)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI, 2018)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)
	Diagnosa Pre Operasi		
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis(D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5) 3. Diaforesis menurun (5) 4. Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5)	Intervensi Utama : SIKI : Manajemen Nyeri I.08238 Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik tarik nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur

			<p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik , dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Suhu tubuh membaik (5) 2.Suhu kulit membaik (5) 4. Tekanan darah dan ventilasi membaik (5) 	<p>Intervensi utama :</p> <p>Manajemen Hipertermia</p> <p>I.15506</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Identifikasi penyebab hipertermia, (Misal. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas,penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor kadar haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Sediakan lingkungan yang dingin. 2.Longgarkan atau lepaskan pakaian 3.Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4.Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis(keringat berlebih) <p>Edukasi :</p>

			<p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</p>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah menurun 2. Tegang menurun 3. Kebingungan menurun 4. Konsentrasi membaik <p>Pola tidur membaik</p>	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Reduksi Ansietas</p> <p>I.09314</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan 7. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu
	Diagnosa Post Operasi		
4	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik(D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5) 3. Diaforesis menurun (5) 4. Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5) 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Manajemen Nyeri I.08238</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
5	Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit meningkat (5) 2. Haluaran urine meningkat (5) 3. Kelembapan membran mukosa membaik (5) 4. TD membaik(5) 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Manajemen Hipovolemia L.03116</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan posisi modified trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. Nacl, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, Nacl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)
6	Resikoinfeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif(D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat menurun,dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun(5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyeri menurun(5) 4.Bengkak menurun(5) 	<p>Intervensi Utama</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>I.14539</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi .

			6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	---

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah Kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

2.4.5.1 Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan.

2.4.5.2 Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, objektif, assement, Perencanaan).

Teknik pelaksanaan SOAP :

- a. S (Subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. (Objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan
- c. A (Assesment) adalah membandingkan antar informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.

- d. P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain/Rancangan Studi Kasus

Desain penelitian ini adalah Studi Kasus. Studi Kasus yang akan dilaksanakan menggunakan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis dengan masalah nyeri akut di RSUD Rejang Lebong. Gambaran penelitian ini meliputi data pengkajian, perencanaan(Nursing Care Plane) tersajikan dalam bentuk naratif, Tindakan menggambarkan pelayanan asuhan keperawatan dengan menerapkan evidence based practice salah satu hasil penelitian dan evaluasi disajikan dalam catatan perkembangan (Nursing progress) menggambarkan perkembangan klien sejak dilakukan asuhan keperawatan hingga akhir melakukan asuhan keperawatan.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini yaitu:

- 3.2.1 Klien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan (klien anak maupun dewasa)
- 3.2.2 Klien yang dirawat di ruang perawatan bedah (Anggrek).
- 3.2.3 Klien sadar penuh dengan kesadaran composmentis.

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus dalam studi kasus ini adalah menggambarkan pemenuhan kebutuhan nyeri dan kenyamanan yang berfokus pada diagnose keperawatan nyeri akut dengan intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan terapi non farmakologis

teknik relaksasi napas dalam pada pasien appendicitis yang berada di RSUD Rejang Lebong Tahun 2023.

3.4 Definisi Operasional

- 3.4.1 Appendisitis merupakan peradangan yang terjadi pada apendiks ditandai dengan nyeri di kuadran kanan bawah abdomen sekitar titik Mc.Burney. Pasien dengan Post Op Appendisitis merupakan pasien yang di diagnosis Appendisitis oleh dokter penanggung jawab.
- 3.4.2 Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat, dan pasien yang akan dilakukan implementasi keperawatan adalah pasien dengan skala nyeri ringan(1-3) dan skala nyeri sedang (4-6).
- 3.4.3 Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan abdomen dengan cara menarik nafas hingga 3 hitungan dan menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan, teknik ini dilakukan sebanyak 3-4 kali dalam 5 menit hingga nyeri berkurang dan dianjurkan untuk dilakukan 3 kali dalam 3 hari.

3.5 Tempat dan Waktu Studi Kasus

Lokasi penelitian ini adalah di RSUD Rejang Lebong tahun 2023. Studi Kasus ini dilakukan pada sekitar pertengahan bulan mei sampai dengan selesai.

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah Teknik pengumpulan data antara peneliti dan klien, tujuan

dari wawancara adalah mendengarkan serta meningkatkan kesejahteraan klien melalui bina hubungan saling percaya dan saling support. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan informasi keluhan/masalah utama klien dan riwayat penyakit saat ini.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi adalah kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti penglihatan, pendengaran, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan fakta-fakta peristiwa empiris.

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh klien bertujuan untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada sistem tubuh klien. Pada appendicitis akut, pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi). Pada perabaan (palpasi) di daerah perut kanan bawah, sering kali bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis appendicitis akut.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian, lembar observasi (flow sheet), catatan pengukuran.

3.7 Penyajian Data

Analisa data dilakukan dengan menyajikan hasil pengkajian yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Selanjutnya hasil pengumpulan data dan pengkajian di analisis dengan membandingkan dengan teori pada bab sebelumnya (BAB II) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun tujuan dan intervensi. Selanjutnya intervensi dilaksanakan sesuai rencana yang telah disusun. Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien apakah masalah teratasi, teratasi sebagian ataupun belum teratasi, di modifikasi atau diganti dengan masalah keperawatan yang lebih relevan.

3.8 Etika Penelitian

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden/klien dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Ethical dearence mempertimbangkan hal-hal dibawah ini :

3.8.1 Self determinan

Pada studi kasus ini, responden diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

3.8.2 Tanpa nama (anonymity)

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya memberi inisial saja.

3.8.3 Kerahasiaan (confidentialy)

Data yang di dapatkan atau yang dikumpulkan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan tidak disalahgunakan (dipublikasikan) dengan orang lain.

3.8.4 Keadilan (justice)

Peneliti akan memperlakukan semua responden secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi, baik yang bersedia mengikuti laporan maupun yang menolak untuk menjadi responden penelitian.

3.8.5 Asas kemanfaatan (*beneficiency*)

Asas kemanfaatan memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas risiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti menjamin responden tidak akan mengalami cedera, mengurangi rasa sakit, dan tidak akan memberikan penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi adalah pemberian informasi dari responden akan digunakan sebaik mungkin dan tidak akan digunakan secara sewenang-wenang demi keuntungan peneliti. Bebas resiko yaitu responden terhindar dari resiko bahaya kedepannya.

3.8.6 *Maleficience*

Peneliti menjamin tidak akan menyakiti, membahayakan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologi

BAB IV
TINJAUAN KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.H DENGAN POST OPERASI
APPENDISITIS DENGAN IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI
NAFAS DALAM DI RUANG BEDAH(ANGGREK) RSUD REJANG
LEBONG TAHUN 2023**

4.1. Pengkajian

4. 1. 1. Identitas pasien

- a. Nama Klien : An.H
- b. Usia : 10 Tahun
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Alamat : Manai Blau, Lebong
- e. Golongan darah : B
- f. Status Perkawinan : Belum kawin
- g. Agama : Islam
- h. Suku Bangsa : Rejang
- i. Pendidikan : SD
- j. Pekerjaan : Belum bekerja
- k. Sumber informasi : Klien dan Keluarga
- l. Tanggal MRS : 30 Mei 2023, 16.30 WIB
- m. Tanggal pengkajian : 31 Mei 2023
- n. Diagnosa Medis : Apendiksitis Perforasi

Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Tn.H
- b. Usia : 45 tahun
- c. Pendidikan : SLTA
- d. Pekerjaan : Petani
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Manai Blau,Lebong

4.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama MRS

Klien datang ke IGD RSUD Rejang Lebong rujukan dari RSUD Lebong pada tanggal 30 Mei 2023 pukul 16.30 WIB, datang dengan keluhan nyeri seluruh lapang perut sejak hari sabtu, nyeri awalnya dirasakan di perut kanan bawah pada jumat, disertai demam,mual,muntah (muntah berwarna hijau), mencret terakhir pagi 1x feses cair.

b. Keluhan Saat Ini

Pada tanggal 31 Mei 2023 dilakukan pengkajian pada pukul 10.30 WIB, klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di bagian perut, pembedahan laparatomy dengan luka insisi dari abdomen atas ke arah bawah dengan panjang sekitar kurang lebih 15cm, dengan terpasang drain di abdomen kanan didekat luka operasi, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan \pm 5 menit, nyeri berulang dengan skala nyeri 6 (skala 1-10), klien juga mengeluh sulit bergerak karena nyeri luka operasi, perut kembung, pada hari ke-2 Kamis 01 Juni 2023 klien mencret \pm 10 kali dari jam 20.00-07.00 WIB, feses cair dan ada ampas, saat TTV suhu klien mengalami peningkatan yaitu 38,4C.

c. Keluhan Kronologis

a) Faktor Pencetus

Nyeri timbul akibat luka post operasi, nyeri luka seperti disayat-sayat skala nyeri 6, akibat nyeri tersebut klien sulit bergerak dan perut kembung.

b) Timbulnya Keluhan

Provokasi/Paliatif(P) : Nyeri Akut

Qualitas/Quantitas(Q) : Nyeri seperti disayat-sayat

Region/Radiasi(R) : Nyeri dirasakan di perut pada luka post operasi dari perut atas ke bawah

Skala Severitas(S) : Skala 6 (skala 1-10)

Timing(T) : Nyeri berlangsung \pm 5 menit dan nyeri berulang

c) Upaya Mengatasi : Tidak ada

2. Riwayat Keluhan Masa Lalu

a. Riwayat Alergi

Keluarga klien mengatakan An.H memiliki alergi makanan yang bercampur udang, An.H tidak memiliki Riwayat alergi obat-obatan

b. Riwayat Kecelakaan

Keluarga mengatakan klien tidak memiliki Riwayat kecelakaan.

c. Riwayat Dirawat di Rs

Keluarga mengatakan An.H pernah dirawat di RS saat usia 3 tahun karena step/kejang demam.

d. Riwayat Operasi

Keluarga mengatakan baru sekali ini menjalani operasi.

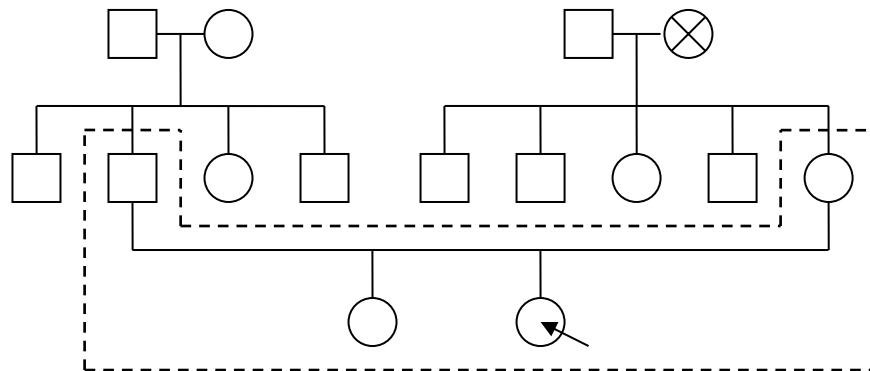
e. Riwayat Pemakaian Obat

Keluarga mengatakan tidak menggunakan obat rutin

f. Riwayat Riwayat Merokok

Klien tidak merokok

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram Dan Keterangan)



Keterangan:

laki-laki = □

Laki-laki meninggal = ⊠

Perempuan = ○

Perempuan meninggal = ⊙

Pasien = ↗

Tinggal serumah = -----

4. Penyakit yang pernah diderita

Keluarga mengatakan bahwa di dalam keluarga nya hanya An.H yang menderita penyakit tersebut. Tidak ada penyakit menular dan penyakit keturunan,tidak ada penyakit pada keluarga yang menjadi factor resiko pada klien.

5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

a. Adanya orang terdekat : Ayah,ibu dan kakaknya

b. Interaksi dalam Keluarga

1) Pola komunikasi

Komunikasi klien dan keluarga baik, terlihat saat klien berada dirumah sakit keluarga selalu mendampingi.

2) Pembuatan keputusan

Keluarga mengatakan pengambil keputusan adalah ayah dari An.H yaitu Tn.H dan masalah dimusyawarahkan dengan keluarga.

3) Kegiatan kemasyarakatan

Saat di rumah klien aktif di masyarakat seperti kegiatan mengaji, namun setelah sakit klien jarang berinteraksi dengan masyarakat.

c. Dampak penyakit pasien

Klien mengatakan takut jika penyakitnya akan mengulang lagi.

d. Masalah yang mempengaruhi

Keluarga mengatakan cemas atas penyakit yang diderita anaknya karena belum pernah sebelumnya, klien dan keluarga kurang mengerti tentang penyebab penyakit yang diderita An.H karena tidak terlalu mengontrol jajanan yang dimakan oleh An.H.

e. Persepsi Pasien Terhadap Penyakitnya

1) Hal yang sangat dipikir

Klien mengatakan takut penyakitnya dapat mengulang lagi, dan takut jika suatu saat akan di operasi lagi.

2) Harapan telah menjalani

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang kerumah dan bisa masuk ke sekolah lagi.

3) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit

Klien menjadi ketergantungan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari seperti makan, eliminasi dan aktivitas lainnya.

f. Sistem Nilai Kepercayaan

1) Nilai-nilai yang dianut

Klien beragama islam, dan menjalankan ibadah sesuai dengan norma yang diajarkan.

2) Aktivitas agama

Selama ini jika dirumah An.H rajin mengaji dan solat bersama teman-temannya, semenjak sakit dan dirawat klien tidak pernah solat dan mengaji lagi.

g. Pola Kebiasaan :

Tabel 4.1 Pola Kebiasaan Sehari-hari

No.	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola Nutrisi : 1. Frekuensi Makan 3x/Hari 2. Nafsu Makan Baik/TidakAlasan 3. Porsi Makan yang Dihabiskan 4. Makan yang Tidak Disukai 5. Makanan yang Membuat Alergi 6. Makanan Pantangan 7. Penggunaan Obat-Obatan Sebelum Makan 8. Penggunaan Alat Bantu (NGT, DII)	3kali/hari Baik 1 piring tidak ada Udang Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Makan 3x Menurun $\frac{1}{4}$ porsi tidak ada Udang Tidak ada Tidak ada Tidak ada
2	Pola Eliminasi 1. B.A.K : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan Alat Bantu	Tidak menentu Normal Tidak ada Tidak ada	2 kali Normal Tidak ada Tidak ada

	<p>2. B.A.B</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Waktu</p> <p>c. Warna</p> <p>d. Konsistensi</p> <p>e. Keluhan</p> <p>f. Penggunaan <i>Laxatif</i></p>	<p>1x/hari</p> <p>Pagi hari</p> <p>Kekuningan</p> <p>Lembut</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>6x/hari</p> <p>Malam-pagi</p> <p>Kekuningan</p> <p>Cair</p> <p>Mencret</p> <p>Tidak ada</p>
3	<p>Pola Personal <i>Hygiene</i></p> <p>1. Mandi</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Waktu</p> <p>2. Oral <i>Hygiene</i></p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Waktu</p> <p>3. Cuci Rambut</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Waktu</p>	<p>2x/hari</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>3x/hari</p> <p>Pagi,sore,malam</p> <p>1x/hari</p> <p>Sore hari</p>	<p>2x/hari(dilap)</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>1x/hari</p> <p>Pagi</p> <p>Belum ada</p> <p>Belum ada</p>
4	<p>Pola Istirahat dan Tidur</p> <p>1.Lama Tidur Siang :</p> <p>2.Lama Tidur Malam :</p> <p>3. Kebiasaan Sebelum Tidur</p>	<p>2jam/hari</p> <p>7 jam/hari</p> <p>Menonton TV</p>	<p>25 menit</p> <p>2 jam</p> <p>Tidak ada</p>
5	<p>Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan</p> <p>1. Merokok : Ya /Tidak</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Jumlah</p> <p>2. Minuman Keras : Ya/Tidak</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Jumlah</p> <p>c. Lama Pemakaian</p>	<p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>

4.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Umum
 - a. Keadaan Umum : Baik
 - b. Tingkat kesadaran : *Compos Mentis*
 - c. Glasgow Coma Scale (GCS) : 15 (E:4 V:5 M:6)
 - d. Berat Badan : 40kg
 - e. Tinggi Badan : 139,2 cm
 - f. Tekanan darah : -
 - g. Nadi : 101x/mnt
 - h. Frekuensi Nafas : 22x/mnt
 - i. Suhu Tubuh : 36,6 °C
2. Sistem Penglihatan
 - a. Posisi Mata : Normal, simetris antara kiri dan kanan.
 - b. Pergerakan Bola Mata : Klien dapat menggerakkan bola mata dengan baik
 - c. *Konjungtiva* : Saat di inspeksi konjungtiva klien sedikit pucat
 - d. *Sclera* : An ikterik, sclera berwarna putih tidak kekuningan
 - e. *Pupil* : Isokor, pupil pada kedua mata besarnya sama
 - f. Otot-Otot Mata : Baik, pergerakan bola mata baik
 - g. Fungsi Penglihatan : Baik, klien dapat melihat dengan jelas

- h. Tanda-Tanda Radang : Tidak ada peradangan pada mata.
- i. Pemakaian Kaca Mata : Klien tidak memakai kacamata
- j. Pemakaian Lensa Kontak : Klien belum pernah pakai lensa kontak

3. Sistem Pendengaran

- a. Kondisi Telinga Tengah : Bersih, tidak ada kotoran
- b. Cairan Dari Telinga : Tidak ada peneluaran secret/cairan
- c. Perasaan Penuh Di Telinga : Tidak ada
- d. *Tinnitus* : Tidak dikaji
- e. Fungsi Pendengaran : Baik, klien masih dapat mendengar
dengan jelas
- f. Gangguan Keseimbangan : Tidak ada gangguan keseimbangan
- g. Pemakaian Alat Bantu : Tidak ada pemakaian alat bantu dengar

4. Sistem Pernafasaan

- a. Jalan Nafas : Tidak ada sumbatan pada jalan nafas
- b. Penggunaan otot bantu : Tidak ada
- c. Frekuensi : 22x/menit
- d. Irama : Reguler, irama nafas teratur

- e. Jenis Pernafasan : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan (whezing,ronchi,stridor)
- f. Batuk : Tidak ada
- g. *Sputum* : Tidak ada
- h. Terdapat Darah : Tidak ada
- i. Suara Nafas : Normal,tidak ada suara nafas tambahan

5. Sistem Kardiovaskular

a. Sirkulasi Perifer

- 1) Frekuensi Nadi : 101x/menit
- a) Irama : Teratur
- 2) *Distensi Vena Jugularis*
- a) Kanan : Tidak ada pembesaran vena jugularis
- b) Kiri : Tidak ada pembesaran vena jugularis
- c) *Temperature Kulit* : 36,6 °C
- 3) Warna Kulit : Putih langsung
- 4) *Edema* : Tidak ada edema
- 5) *Capillary Refill Time (CRT)* : <2detik

b. Sirkulasi Jantung

- 1) Sakit Dada : Tidak ada

6. Sistem Hematologi

a. Gangguan Hematologi

- 1) Pucat : Tidak ada
- 2) Perdarahan : Tidak ada

7. Sistem Pencernaan

a. Keadaan Mulut

- 1) Gigi : Gigi berlubang 2
- 2) Gigi Palsu : Tidak ada
- 3) Lidah Kotor : Lidah bersih tidak ada kotor

b. Mukosa bibir : Sedikit Pucat

c. Muntah : 1x muntah berwarna hijau

d. Nyeri Daerah Perut : Nyeri pada luka operasi, skala nyeri 6

e. Konsistensi *Feces* : Di hari kedua klien mencret feses

cair dan ada ampasnya

f. Terpasang Nasogastric Tube(NGT) : Tidak ada

g. Abdomen

Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, terdapat luka operasi dengan panjang \pm 15cm dan terpasang drain di abdomen kanan klien di dekat luka operasi, saat di perkusi perut kembung.

P : Nyeri akut

Q : Nyeri seperti disayat-sayat

R : Di luka operasi di perut bagian atas ke bawah

S : Skala nyeri 6 (skala 1-10)

T : durasi nyeri \pm 5menit dan nyeri berulang

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran Kelenjar Tyroid : Tidak ada
- b. Nafas Berbau Keton : Tidak ada bau nafas
- c. Luka Ganggren : Tidak ada luka ganggren

9. Sistem Urogenital

- a. Perubahan Pola Kemih
 - B.A.K : Saat sakit klien bak \pm 2x/hari
 - Warna : Kuning pucat
 - Jumlah : -
- b. Distensi/Ketegangan : Saat diperkusi perut kembung
- c. Keluhan Sakit Pinggang : Tidak ada

10. Sistem Integumen

- a. Turgor Kulit : Elastis
- b. Warna Kulit : Putih langsung
- c. Keadaan Kulit
 - 1) Luka, Lokasi : Luka Operasi,
dibagian abdomen
atas sampai bawah luka \pm 15cm
dan terpasang drain di sebelah
kanan dekat luka operasi
 - 2) *Insisi* Operasi, Lokasi : Laparatomy
 - 3) Kondisi : Luka baik dan diperban
 - 4) Gatal-Gatal : Tidak ada
 - 5) Kelainan Pigmen : Tidak ada
 - 6) *Dekubitus*, Lokasi : Tidak ada

- d. Kelainan Kulit : Tidak ada kelainan pada kulit
- e. Kondisi Kulit Daerah infus : Terpasang infus di sebelah tangan kanan klien menggunakan cairan Futrolit gtt 20 tpm

11. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kesulitan Dalam Pergerakan : Nyeri saat bergerak karena luka operasi
- b. Sakit Tulang, Sendi, Kulit : Tidak ada nyeri pada tulang, sendi dan kulit
- c. Fraktur : Tidak ada
- d. Keadaan Tonus : Normal
- e. Kekuatan Otot :

555	555
444	444

Keterangan :

- 1) Skala 5: Mampu menggerakkan sendi dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh.
- 2) Skala 4: Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang.
- 3) Skala 3: Hanya mampu melawan gaya gravitasi
- 4) Skala 2: Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerak pasif).

5) Skala 1: Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakkan persendian.

12. Ekstrimitas

a) Ekstremitas Atas

Terpasang IvFD Futrolit gtt 20tt/i di tangan kanan klien,tidak terdapat edema, tidak ada kemerahan pada area pemasangan.

b) Ektremitas Bawah

Turgor kulit baik,tidak ada nyeri tekan,tidak ada edema.

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Labolatorium, tanggal 30 Mei 2023

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	
			Pria	Wanita
Haemoglobin	13,9	g/dl	14-18 gr/dl	12-16 gr/dl
Hematokrit	38	%	35-48%	34-42%
Trombosit	288.000	uL	150.000	150.000
Leukosit	11.600	uL	3800-10.600	3600-11.000

Tabel 4.3 Penatalaksanaan pemberian terapi obat

Hari / tanggal	Nama obat	Dosis obat
Rabu, 31 Mei 2023	1. IvFD Futrolit 2. Inj Anbacim 3. Esomax 4. Metronidazole flash 5. Paracetamol flash 6. Ondansentron	1. gtt 20 tpm 2. 2x1 3. 1x1 4. 3x1 5. 3x600gr 6. 2x ½ amp
Kamis, 1 Juni 2023	1. IvFD Futrolit 2. Inj Anbacim 3. Esomax 4. Metronidazole flash 5. Paracetamol flash 6. Ondancentron 7. L-Bio	1. gtt 20 tpm 2. 2x1 3. 1x1 4. 3x1 5. 3x600gr 6. 2x ½ amp 7. 3x1
Jum'at, 2 Juni 2023	1.IvFD Futrolit 2. Inj. Anbacim 3. Esomax 4. Metronidazole flash	1. gtt 20 tpm 2. 2x1 3. 1x1 4. 3x1

	5. Paracetamol flash 6. Ondancentron 7. L-Bio	5. 3x600gr 6. 2x ½ amp 7. 3x1
--	---	-------------------------------------

Keterangan :

Tabel 4.4 Fungsi obat

No	Obat	Fungsi
1.	IvFD Futrolit	Untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, cairan, dan elektrolit pada sebelum, selama, dan sesudah operasi.
2.	Anbacim	Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri.
3.	Esomax	Obat untuk mengatasi masalah pada lambung
4.	Metronidazole flash	Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri
5.	Paracetamol flash	Mengatasi keluhan seperti demam, nyeri dan sakit kepala
6.	Ondancentron	Untuk mencegah mual, muntah akibat pembedahan
7.	L-Bio	Mengobati masalah pencernaan seperti diare

4.2 ANALISA DATA

Nama pasien : An.H
 Umur : 10 tahun
 Ruangan : Anggrek
 No. RM : 246842
 Dx. Medis : Apendiksitis perforasi

Tabel 4.5 Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di daerah luka operasi di abdomen 2. Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis 2. P : Nyeri Akut Q : Nyeri seperti disayat-sayat R : Di luka post operasi di perut bagian atas dan bawah S : skala nyeri 6 T : nyeri berlangsung \pm 5 menit dan nyeri berulang. 3. Klien tampak sulit tidur karena nyeri 	Agen pencedera fisik	Nyeri Akut (D.0077)

2.	<p>Ds</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sulit menggerakkan kaki karena nyeri luka post operasi 2. Klien mengatakan saat bergerak terasa nyeri di abdomen 3. Keluarga mengatakan klien enggan bergerak karena takut nyeri <p>Do</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat di perkusi perut klien kembung 2. Gerakan klien terbatas 3. Klien tampak lemah 	Nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan klien mencret, defekasi dari jam 20.00-07.00 wib sebanyak 10x 2. Klien mengatakan feses cair ada ampas <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat di perkusi perut klien kram,kembung 2. Feses cair ada ampas 3. Defekasi 10x dari malam hingga pagi 4. Leukosit 11.600 uL 	Proses infeksi	Diare (D.0020)
4.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu klien mengatakan anaknya hangat sejak subuh dini hari <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Suhu tubuh klien diatas nilai normal TTV TD : - RR : 22x/m HR : 93x/m SB : 38,4 °C 2.Kulit terasa hangat 	Proses penyakit (diare)	Hipertermia (D.0130)

4.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H

No. RM : 246842

Umur : 10 tahun

Dx. Medis : Apendiksitis perforasi

Ruangan : Anggrek

Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	31 Mei 2023	03 Juni 2023
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	31 Mei 2023	02 Juni 2023
3.	Diare b.d Proses infeksi (D.0020)	01 Juni 2023	03 Juni 2023
4.	Hipertermia b.d proses penyakit(diare) (D.0130)	01 Juni 2023	02 Juni 2023

4.4 INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H

No. MR : 246842

Umur : 10 tahun

Dx. Medis : Apendiksitis perforasi

Ruangan : Anggrek

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5) 3. Frekuensi nadi membaik(5)	Intervensi Utama : Manajemen Nyeri I.08238 Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan

			<p>analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun (5) 2. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 3. Gerakan terbatas (5) 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Dukungan Mobilisasi I.05173</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

		4. Kelemahan fisik (5)	<p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)</p> <p>2. Fasilitasi melakukan pergerakan,jika perlu</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur,duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi).</p>
3.	Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Eliminasi Fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Distensi abdomen menurun (5)</p> <p>2. Konsistensi feses membaik (5)</p> <p>3. Frekuensi defekasi membaik (5)</p>	<p>Intervensi utama</p> <p>Manajemen Diare</p> <p>I.03101</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi,malabsorpsi,ansietas,stress,obat-obatan)</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB turun) 5. Monitor jumlah pengeluaran diare 6. Monitor keamanan penyiapan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (mis. Larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte) 2. Pasang jalur intravena 3. Berikan cairan intravena (mis. Ringer asetat, ringer laktat) jika perlu 4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat)
--	--	--	--

			<p>2. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis.papaverin, ekstak beliadonna,mebeverine)</p> <p>3. Kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis.atapulgit,smektit, kaolin-pektin)</p>
4.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik , dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Suhu tubuh membaik (5) 2.Suhu kulit membaik (5) 3. Tekanan darah dan ventilasi membaik (5) 	<p>Intervensi utama :</p> <p>Manajemen Hipertermia I.15506</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Identifikasi penyebab hipertermia, (Misal. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor kadar haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Sediakan lingkungan yang dingin. 2.Longgarkan atau lepaskan pakaian 3.Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4.Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis(keringat berlebih) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

4.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi hari ke-1

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan

Tgl	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Rabu 31 Mei 2023	1,2,3, 4	10.30	1. Melakukan pengkajian dengan An.H	1. Klien dan keluarga menjawab pertanyaan
	1,2	10.30	2. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri, skala nyeri	2. P : nyeri pada luka operasi Q : Seperti disayat-sayat R : nyeri dirasakan sekitar perut atas sampai bawah S : Skala nyeri 6 T : Nyeri berlangsung \pm 5 menit dan nyeri berulang
	1	10.30	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	3. Klien tampak meringis
	1	10.30	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri	4. Klien mengatakan faktor yang memperberat rasa nyeri yaitu bergerak dan ditekan
	1,2	10.40	5. Memantau cairan drainase	5. Cairan \pm 10cc berwarna kuning
	1	12.00	6. Mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam)	6. An.H dapat melakukan tehnik nafas dalam sebanyak 5-6 kali dalam waktu 5 menit dalam 3 hitungan

1,2	12.00	7. Mengkolaborasi pemberian obat	7. -Injeksi Anbacim 2x1gr (12.00 dan 24.00 wib) -Injeksi esomax - Metronidazole flash 500mg -Paracetamol flash 3x 600gr (12.00,20.00, dan 04.00 wib) -Ondansentron ½ amp
1	12.00	8. Mengevaluasi skala nyeri An.H	8. Skala nyeri klien 5 (skala 1-10)
2	13.00	9. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	9. An.H mengatakan nyeri pada bagian perut karena luka post operasi, klien mengatakan ketika bergerak akan terasa nyeri.
2	13.00	10. Melihat kondisi umum klien	10. Klien tampak lemah saat di perkusi perut klien kembung
2	13.00	11. Mengajarkan klien untuk mulai melakukan posisi miring kiri dan kanan tiap 2 jam ke posisi lainnya dan bertahap.	11. Keluarga mengerti dan membantu An.H untuk mobilisasi, dan An.H melakukan mobilisasi sesuai anjuran perawat
2	13.00	12. Menjelaskan tujuan melakukan mobilisasi sederhana kepada klien dan keluarga secara berangsur dan bertahap.	12. Keluarga memahami dan melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat

Implementasi hari ke-2

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Tanggal	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Rabu-Kamis 31 Mei- 01 Juni 2023(dinas malam sampai pagi)	1	19.30 - 09.30 Wib	1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri	1. P : nyeri pada luka postop Q : Seperti disayat-sayat R : nyeri dirasakan sekitar perut atas sampai bawah S : Skala nyeri 4 T : Nyeri berlangsung \pm 5 menit dan nyeri berulang.
	1	19.30	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2. Klien tampak meringis
	1	19.30	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri	3. Klien mengatakan jika bergerak masih terasa nyeri
	1,2	19.30	4. Mengajarkan klien terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri	4. Klien melakukan tarik nafas dalam dengan baik
	1,2	19.30	5. Melihat kondisi luka dan memonitor drainase	5. Perut klien masih kembung,luka masih tertutup perban, cairan drainase \pm 7cc
	1	19.30	6. Memantau apakah An.H sudah belajar mobilisasi	6. Keluarga mengatakan An.H sudah melakukan miring kanan dan miring kiri

	1	19.30	7. Mengajarkan klien untuk mulai belajar duduk di samping tempat tidur selama 5 menit dan bertahap.	7. Keluarga mengatakan besok untuk melakukannya
	1	20.00	8. Memberikan obat antibiotic (20.00)	8. IV metronidazole flash dan paracetamol flash (3x600gr)
	1	23.50	9. Mengkaji skala nyeri klien	9. Skala nyeri 3
	1,2,3,4	24.00	10. Memberikan kolaborasi pemberian obat	10. Inj Anbacim dan Ondansentron ½ amp
	3,4	05.00	11. Monitor TTV klien dan menyakan keluhan klien	11. TTV : TD : - RR : 21x/m T : 38,4 HR : 90x/m Keluhan : Keluarga klien mengatakan semalam mencret ± 10x
	3	05.30	12. Monitor warna, volume dan, pengeluaran tinja	12. Keluarga mengatakan dari jam 20.00-07.00 wib An.H mencret sebanyak 10x feses cair dan ada ampasnya,feses berwarna kuning.
	4	05.30	13. Memantau suhu tubuh klien	13. Saat di cek suhu klien 38,4 derajat celcius
	3,4	06.00	14.Mengidentifikasi penyebab hipertermia	14. Penyebabnya adalah dehidrasi akibat mencret atau diare
	3,4	07.00	15. Memberikan kolaborasi pemberian obat pada klien untuk mengurangi keluhan	15. Memberikan Metronidazole flash,paracetamol flash dan obat L-Bio (3x1)
	3,4	07.00	16. Menganjurkan dan mengedukasi	16. Keluarga melakukan anjuran perawat untuk

			klien dan keluarga untuk banyak minum air putih	memperbanyak minum air putih.
	1,2	09.00	17. Menganjurkan kepada keluarga untuk kompres jika klien masih panas	17. Keluarga mengerti dan melakukan anjuran perawat
	1	09.00	18. Melakukan gv pada klien sambil melihat kondisi luka	18. Luka tampak baik tidak ada tanda-tanda infeksi
	1	09.00	19. Mengkaji skala nyeri klien	19. Klien mengatakan masih nyeri namun tidak nyeri yang seperti kemarin, skala nyeri 3
	1	09.00	20. Menganjurkan klien untuk tarik nafas dalam apabila nyeri saat di gv	20. Klien melakukan tarik nafas dalam dengan baik

Implementasi hari ke-3

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Tgl	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Jum'at, 02 Juni 2023	1	09.00	1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,du rasi,frekuensi,skala,kualitas,dan intensitas nyeri pada klien An.H	1. P : nyeri pada luka op Q : Seperti disayat-sayat R: nyeri dirasakan sekitar perut atas sampai bawah S : Skala nyeri 3 T : Nyeri berlangsung \pm 3 menit dan nyeri hilang timbul.
	1	09.00	2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	2. Klien tampak tenang
	1	09.00	3. Melakukan gv pada An.H dan mengajarkan teknik nafas dalam saat gv sambil memantau luka dan drainase klien	3. Luka klien tampak baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, cairan drainase \pm 5cc berwarna kuning
	1	09.00	4. Mengajarkan klien teknik nonfarmakologis mengurangi nyeri (teknik tarik nafas dalam)	4. Klien melakukan sesuai dengan yang diajarkan yaitu melakukan teknik nafas dalam sebanyak 5-6x kali selama 5 menit
	3	09.30	5. Memantau apakah klien masih diare	5. Keluarga mengatakan klien masih mencret
	3	09.30	6. Monitor jumlah pengeluaran diare	6. Keluarga mengatakan klien masih mencret 6 kali dari semalam,feses cair dan masih ada ampas

	4	09.30	7. Mengecek suhu tubuh klien untuk melihat klien masih demam atau tidak	7. T : 36,8 °C
	2	09.30	8. Memantau mobilisasi klien	8. Keluarga mengatakan klien sudah mulai belajar duduk disamping tempat tidur dibantu dengan keluarga
	2		9. Menganjurkan klien untuk mulai bergerak dan mobilisasi secara mandiri dan menganjurkan klien unruk mulai belajar berjalan setelah drain dilepas	9. Klien dan keluarga membantu An.H mobilisasi dan An.H mengatakan ingin dan bersemangat untuk sembuh
	1,2, 3,4	09.45	10. Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih dan makan dengan porsi kecil namun bertahap	10. Keluarga mengatakan klien banyak minum air putih dan makan sudah mulai membaik
	1,3, 4	12.00	11. Memberikan kolaborasi pemberian obat	11. – Inj Anbacim - Inj esomax - Metronidazole flash - Paracetamol flash (3x600gr) - L-Bio (3x1)
	1	12.00	12. Mengkaji skala nyeri klien untuk mengevaluasi skala nyeri	12. Klien mengatakan nyeri sangat berkurang skala nyeri 3 (skala 1-10)

Implementasi hari ke-4

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Tanggal	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Sabtu, 03 Juni 2023	1	09.00	1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri	1. P : nyeri pada luka op Q : nyeri tumpul R : nyeri di abdomen bekas operasi S : Skala nyeri 2 T : Nyeri hilang timbul
	1	09.00	2. Identifikasi respons nyeri non verbal	2. Klien tampak tenang
	1,2	09.00	3. Melakukan gv dan memantau perlukaan serta melepas drainase klien	3. Perlukaan klien baik tidak ada tanda-tanda infeksi, cairan drainase terakhir klien kurang lebih 3cc
	1	09.00	4. Mengajarkan klien untuk tarik nafas dalam saat nyeri dan mengedukasi melakukan secara mandiri dirumah apabila nyeri tiba-tiba muncul	4. Klien melakukan tarik nafas dalam dengan baik dengan melakukan sebanyak 5-6 kali dalam waktu 5 menit dengan 3 hitungan
	2	10.00	5. Menganjurkan klien untuk belajar berjalan-jalan karena drainase sudah dilepas	5. Klien mulai melakukan mobilisasi berjalan dibantu dengan keluarganya
			10.00	6. Memantau apakah klien masih mencret/diare

		10.05	7. Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih dan makan dengan porsi kecil namun bertahap	7. Klien dan keluarga mengerti dengan anjuran perawat
		10.30	8. Mengkaji skala nyeri klien	8. Klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang dengan skala nyeri 2
		10.30	9. Up infus klien dan klien sudah diperbolehkan pulang karena sudah stabil dan tidak ada keluhan	9. Klien sudah dilepas infus dan sudah boleh pulang

4.6 EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Evaluasi hari ke-1

Tgl/jam	NoDX	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
31-05-2023 14.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak dan ditekan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - P : nyeri pada daerah luka operasi Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada abdomen atas sampai bawah S : Skala nyeri 5 T : nyeri berlangsung \pm 5 menit dan nyeri berulang - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik - TTV TD :- RR :22x/m HR : 73x/m T : 36,6 <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Keluhan nyeri		√				Meringis		√				Gelisah		√				Frekuensi nadi			√			Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Keluhan nyeri		√																															
Meringis		√																															
Gelisah		√																															
Frekuensi nadi			√																														

14.00 WIB	2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Keluarga mengatakan An.H mulai melakukan miring kanan miring kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih berbaring lemah di tempat tidur - Saat di perkusi perut masih kembung - Klien sudah bisa mika dan miki <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="614 752 1233 1032"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,4,8,9</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Nyeri menurun		√				Pergerakan ekstremitas			√			Gerakan terbatas			√			Kelemahan fisik		√				Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Nyeri menurun		√																															
Pergerakan ekstremitas			√																														
Gerakan terbatas			√																														
Kelemahan fisik		√																															

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Angrek

Evaluasi hari ke-2

Tgl/jam	NoDX	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
01-06-2023 09.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak dan ditekan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - P : nyeri pada daerah luka operasi Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada abdomen atas sampai bawah S : Skala nyeri 4 T : nyeri berlangsung \pm 5 menit dan nyeri berulang - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik - TTV TD :- RR :21x/m HR : 90x/m T : 36,8 <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Keluhan nyeri			√			Meringis			√			Gelisah				√		Frekuensi nadi				√		Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Keluhan nyeri			√																														
Meringis			√																														
Gelisah				√																													
Frekuensi nadi				√																													

09.00 WIB	2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Keluarga mengatakan An.H belum mulai duduk di tempat tidur, masih miring kanan dan miring kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih berbaring lemah di tempat tidur - Saat di perkusi perut masih kembung - Klien sudah bisa miring kanan dan kiri secara mandiri - Belum bisa duduk disamping tempat tidur <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="667 862 1273 1160"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,4,8,9</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Nyeri menurun			√			Pergerakan ekstremitas				√		Gerakan terbatas			√			Kelemahan fisik			√			Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Nyeri menurun			√																														
Pergerakan ekstremitas				√																													
Gerakan terbatas			√																														
Kelemahan fisik			√																														
09.00 WIB	3.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An.H mencret ± 10 kali dari jam 20.00-07.00 - Feses cair ada ampasnya warna kuning <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat diperkusi perut klien masih kembung - Defekasi ± 10 kali dalam sehari - Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur - Suhu tubuh klien meningkat 38,4 °C <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="667 1809 1273 1977"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Distensi abdomen		√				Konsistensi feses		√				Ririn												
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Distensi abdomen		√																															
Konsistensi feses		√																															

09.00 WIB	4.	<table border="1"> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 3,5,7,11,12</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan panas turun setelah di beri pct <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu awal klien 38,4 - TTV <p>TD :-</p> <p>HR : 90x/m</p> <p>RR : 21x/m</p> <p>T : 36,8</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu tubuh membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>TD dan ventilasi membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Frekuensi defekasi		√				Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Suhu tubuh membaik					√	Suhu kulit					√	TD dan ventilasi membaik					√	Ririn
		Frekuensi defekasi		√																													
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Suhu tubuh membaik					√																												
Suhu kulit					√																												
TD dan ventilasi membaik					√																												

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Evaluasi hari ke-3

Tanggal	NoDX	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
02-06-2023 14.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi - Klien mengatakan masih nyeri namun sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - P : nyeri pada daerah luka operasi Q : nyeri seperti tumpul R : nyeri pada abdomen atas sampai bawah S : Skala nyeri 3 T : nyeri berlangsung \pm 3 menit dan nyeri hilang timbul - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik sesuai dengan yang dianjurkan oleh perawat - TTV TD :- RR :21x/m HR : 69x/m T : 36,6 <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan Melanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5,6</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Keluhan nyeri				√		Meringis				√		Gelisah				√		Frekuensi nadi				√		Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Keluhan nyeri				√																													
Meringis				√																													
Gelisah				√																													
Frekuensi nadi				√																													

14.00 WIB	2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang - Keluarga mengatakan An.H sudah bisa mobilisasi duduk disamping tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih berbaring di tempat tidur - Saat di perkusi kembang sudah berkurang - Klien sudah bisa duduk disamping tempat tidur - Belum bisa belajar berjalan karena drain masih terpasang <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="619 824 1236 1108"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,4,8,9</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Nyeri menurun				√		Pergerakan ekstremitas				√		Gerakan terbatas				√		Kelemahan fisik				√		Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Nyeri menurun				√																													
Pergerakan ekstremitas				√																													
Gerakan terbatas				√																													
Kelemahan fisik				√																													
14.00 WIB	3.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An.H pagi ini mencret ± 6 kali dari malam - Feses cair ada ampasnya warna kuning <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat diperkusi kembang perut klien berkurang - Defekasi mencret ± 6 kali dalam sehari <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="619 1639 1236 1865"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 3,5,7,11,12</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Distensi abdomen				√		Konsistensi feses			√			Frekuensi defekasi			√									
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Distensi abdomen				√																													
Konsistensi feses			√																														
Frekuensi defekasi			√																														

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Evaluasi hari ke-4

Tanggal	NoDX	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
02-06-2023 14.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - P : nyeri pada daerah luka operasi Q : nyeri seperti tumpul R : nyeri pada abdomen atas sampai bawah S : Skala nyeri 2 T : nyeri kadang timbul kadang tidak <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik - Drainase sudah dilepas - TTV TD :- RR :20x/m HR : 70x/m T : 36,7 <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Keluhan nyeri					√	Meringis					√	Gelisah					√	Frekuensi nadi					√	Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Keluhan nyeri					√																												
Meringis					√																												
Gelisah					√																												
Frekuensi nadi					√																												
14.00 WIB	2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang - Keluarga mengatakan An.H sudah bisa mobilisasi 																															

14.00 WIB	3.	<p>duduk disamping tempat tidur dan mulai akan belajar berjalan-jalan setelah drain dilepas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih sering bergerak - Saat di perkusi perut sudah tidak kembung - Klien sudah bisa duduk disamping tempat tidur - Drainase sudah dilepas - Klien mulai bisa belajar berjalan karena drain sudah dilepas <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <table border="1" data-bbox="619 770 1238 1050"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An.H sudah tidak mencret lagi, feses masih cair namun masih normal - Klien belum bab pagi ini <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat diperkusi perut klien tidak kembung lagi - Belum bab pagi ini <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <table border="1" data-bbox="619 1565 1238 1794"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Nyeri menurun					√	Pergerakan ekstremitas					√	Gerakan terbatas				√		Kelemahan fisik					√	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Distensi abdomen					√	Konsistensi feses					√	Frekuensi defekasi					√	
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																																				
Nyeri menurun					√																																																				
Pergerakan ekstremitas					√																																																				
Gerakan terbatas				√																																																					
Kelemahan fisik					√																																																				
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																																				
Distensi abdomen					√																																																				
Konsistensi feses					√																																																				
Frekuensi defekasi					√																																																				

Catatan Klien Pulang

Nama : An.H

No RM : 246842

A. Kondisi Klien

4. Kondisi klien baik
5. Nyeri klien sudah berkurang
6. Mobilisasi klien baik
7. Tanda-Tanda Vital

TD : -

HR : 90x/m

RR : 20x/m

T : 36,6 C

B. Edukasi Pendidikan Kesehatan Dirumah

1. Mengajarkan kepada klien dan keluarga untuk meningkatkan mobilisasi seperti berjalan.
2. Mengajarkan kepada klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri tiba-tiba muncul.
3. Mengajarkan kepada klien dan keluarga untuk menghindari makan-makanan yang memicu timbulnya penyakit seperti makanan yang pedas dan bersoda
4. Mengajarkan kepada klien dan keluarga untuk memberikan porsi makan yang kecil dan bertahap kepada An.H
5. Mengajarkan klien untuk banyak minum air putih

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan ini penulis akan menjelaskan mengenai kesenjangan-kesenjangan yang terdapat pada teori dengan yang terdapat di dalam praktik, pembahasan ini meliputi asuhan keperawatan yang komprehensif yaitu pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sehingga tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus Asuhan Keperawatan pada An.H dengan post op Appendisitis dengan implementasi terapi relaksasi nafas dalam di ruang Bedah RSUD Rejang Lebong antara lain :

5.1 Pengkajian

Pada pengkajian klien An.H dengan post op appendisitis yang dilakukan pada tanggal 31 Mei 2023 pada pukul 10.30 WIB, melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi keadaan klien meliputi identitas klien sampai dengan pemeriksaan fisik, karena penulis menganggap lebih sistematis dan akurat. Pengkajian didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang, laboratorium sehingga data yang diperlukan penulis dapat dilakukan untuk melengkapi pengkajian yang didapatkan dari keluarga klien.

Pada pengkajian yang dilakukan pada An.H gejala awal sebelum masuk rumah sakit yaitu nyeri di kuadran kanan bawah, mual serta An.H mengalami demam dengan peningkatan suhu tubuh 39,2°C dan mencret atau diare, hal ini selaras

dengan teori yang dikemukakan oleh Brunner & Suddarth(2016) pada bab 2. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium di RSUD Lebong yaitu menemukan jumlah leukositosis di atas normal yaitu 11.600 sedangkan pada teori yang dikemukakan oleh (Wijaya, 2015), Appendisit secara teoritis dapat dilakukan yaitu ditemukan leukositosis 10.000 s/d 18.000/mm, pada pengkajian setelah operasi klien mengeluh nyeri pada luka operasi dan mengatakan nyeri jika bergerak sehingga sulit untuk mobilisasi.

Pada saat melakukan pengkajian dengan An.H dan keluarga, penulis tidak memiliki hambatan, hanya saja kebanyakan data banyak di dapatkan dari keluarga daripada klien dikarenakan klien masih berusia 10 tahun. Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah klien An.H dan keluarga bersikap kooperatif dalam proses pengkajian dan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada An.H dari hasil pengkajian berupa data objektif dan data subjektif tentang kondisi klien, penulis kumpulkan kemudian dianalisa untuk menentukan masalah klien dan disimpulkan dalam bentuk diagnosa.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien dengan post op appendisititis menurut Nurafif dan Kesuma(2016),yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
2. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive
3. Resiko hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Sedangkan pada pengkajian diagnosa post operasi pada An.H ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada An.H adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik karena ditemukan nyeri pada luka post operasi pada klien.
 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri diangkat karena saat dilakukan pengkajian klien mengeluh belum bisa melakukan mobilisasi akibat nyeri pada luka post operasi.
 3. Diare berhubungan dengan malabsorpsi diangkat karena saat hari ke 2 keluarga klien mengatakan klien mencret 10 kali dari jam 20.00-07.00 WIB.
 4. Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi karena saat hari ke 2 melakukan TTV suhu klien mengalami peningkatan yaitu 38,4 °C.
- 2 diagnosa pada teori tidak bisa penulis angkat karena tidak ada data yang menunjang dan kuat untuk menegakkan diagnosa tersebut.

5.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian, menganalisa data , merumuskan diagnosa keperawatan maka langkah selanjutnya adalah langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan dalam menjalankan suatu asuhan keperawatan yaitu Menyusun rencana keperawatan.

Intervensi atau rencana yang terdapat di laporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, dikarenakan penulis menyesuaikan dengan kondisi klien dan diangkat sesuai dengan napa yang ditetapkan oleh rumah sakit tersebut dan keterbatasan kami sebagai seorang mahasiswa.

5.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, dalam melaksanakan tindakan keperawatan ada yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat dan ada juga yang dilakukan dengan berkolaborasi dengan tim medis lain, hal ini nyata ditemukan oleh penulis dalam praktik, seperti sebelum melakukan tindakan perlu meninjau kondisi pasien dan konsultasi dengan tim medis yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut.

Sebelum melakukan tindakan kepada klien yang dilakukan pada satu shif setiap harinya, penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien dan melihat catatan ruangan apabila pada saat itu penulis tidak berada diruangan. Penulis bekerja sama dengan keluarga seperti membantu klien dalam mengatasi nyeri dengan cara mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam untuk membantu klien mengurangi rasa nyeri sehingga tercapai hasil yang diharapkan yaitu skala nyeri klien berkurang, serta mengajarkan klien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap.

Setelah pelaksanaan tindakan keperawatan penulis langsung mendokumentasikan tindakan yang diberikan yang tentu saja sudah mendapat izin dari pihak keluarga untuk dilihat sebagai catatan perkembangan klien setiap harinya walaupun mungkin tidak menggambarkan keadaan pasien secara lengkap.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu pelaksanaan asuhan keperawatan, evaluasi berguna untuk menilai dan mengukur tingkat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah kita berikan, evaluasi yang diberikan oleh penulis adalah

respon setiap setelah melaksanakan tindakan terhadap pasien. Sudah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari pasca operasi dan setelah dilakukan implementasi keperawatan masalah yang dialami An.H teratasi secara maksimal sesuai dengan syarat pasien pulang. Keempat diagnosa dapat diatasi, nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik teratasi pada tanggal 03 Juni 2023 dan pada diagnosa diare serta hipertermia sudah teratasi pada tanggal 02 Juni 2023.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian oleh Devi Merdiati tahun 2022 yang berjudul “Implementasi Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Apendisitis Masalah Nyeri Akut Dengan Implementasi Teknik Relaksasi Nafas Dalam” sehingga penulis tertarik untuk mengangkat karya tulis ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Post Op Apendisitis Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam Diruang Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023” secara langsung dan komprehensif, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa :

6.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapat pada pengkajian An.H tanggal 31 Mei 2023 pukul 10.30 yaitu nyeri pada luka operasi dan sulit melakukan mobilisasi karena nyeri, pada tanggal 01 Juni 2023 ditemukan klien mengalami mencret atau diare sebanyak 10 kali dari jam 20.00-07.00 WIB serta mengalami peningkatan suhu tubuh yaitu 38,4 °C .

6.1.2 Diagnosa Keperawatan

Pada penegakan diagnosa keperawatan ditemukan diagnosa keperawatan diantaranya Nyeri akut, Gangguan mobilitas fisik, diare, dan hipertermia. Diagnosa yang diambil berbeda dengan teori karena menyesuaikan dengan keluhan yang di dapat dari klien saat dilakukan pengkajian.

6.1.3 Intervensi

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti baik intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi pada An.H seperti identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman termasuk mengurangi skala nyeri pada An.H.

6.1.4 Implementasi

Pelaksanaan (Implementasi) keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan diagnose keperawatan yang dibuat seperti mengkaji nyeri dan skala nyeri , mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, serta menganjurkan klien untuk melakukan mobilisasi sederhana, menganjurkan banyak minum air putih, dan makan dalam porsi kecil namun bertahap.

6.1.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada klien selama 4 hari perawatan dirumah sakit pada tanggal 31 Mei 2023 – 03 Juni 2023 oleh peneliti dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien menunjukkan bahwasalah yang dialami klien teratasi serta edukasi lanjutan untuk perawatan dirumah sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi klien/keluarga

Diharapkan klien dan keluarga kooperatif dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang diberikan serta menjalankan pola hidup yang sehat guna mencegah timbulnya penyakit lain, serta diharapkan bagi keluarga untuk memantau

pola makan anak dan lebih memperhatikan makanan yang dikonsumsi sehingga meminimalisir kemungkinan timbul komplikasi yang dapat terjadi.

6.2.2 Bagi Peneliti

Hasil dari karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi gambaran dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien appendicitis dengan tepat, penulis selanjutnya diharapkan dapat menguasai konsep teori tentang apendisitis. Selain itu penulis juga harus melakukan pengkajian dengan tepat dan akurat sehingga asuhan keperawatan dapat tercapai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

Dalam menegakkan diagnose keperawatan penulis harus teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan diharapkan merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SDKI).

6.2.3 Bagi Institusi/Pendidikan

Pada institusi Pendidikan penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat menjadi tambahan pustaka dan dapat dijadikan sebagai sumber proses pembelajaran baik bagi tenaga pendidik maupun mahasiswa untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalina, A., Suchitra, A. and Saputra, D. (2018) 'Hubungan Jumlah Leukosit Pre Operasi dengan Kejadian Komplikasi Pasca Operasi Apendektomi pada Pasien Apendisitis Perforasi di RSUP Dr. M. Djamil Padang', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(4), p.491. doi:10.25077/jka.v7i4.907
<http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/907/761>
- Arifin, D. S. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Post Operatif Apendiktomy et cause Appendisitis Acute*.
- Brunner & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah, Indonesia*, Ed. 12: EGC.
- Hidayatullah, R. M. R. (2014). *Efektivitas Antibiotik yang Digunakan pada Pasca Operasi Apendisitis Di RUMKITAL dr . Mintohardjo Jakarta Pusat*.
- Juliansyah Fadilah. (2016) *Pengelolaan Nyeri pada Ny.H pre OperasApendiktomy di RSUP Prof.Dr D. Kandou manado akademi keperawatan ngudi waluyo ungaran*.
- Kozier, Barbara. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik edisi 7 volume*. Jakarta : EGC
- Lisnawati, L., & Lestari, N. S. 2015. *Angka kejadian apendiksitis di dunia Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 3(1), 1-8.
- Mardalena, Ida. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Nurafif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam berbagai kasus*. Jogjakarta: Mediacion.
- Nursalam. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Ed. 4. Jakarta: Salemba Medika, 2016.
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI

- Sibuea, Siti Hardiyanti. (2014). *Perbedaan Antara Jumlah Leukosit Darah Pada Klien Appendisitis Akut dengan Appendisitis Perforasi di RSUP Dr. Kariadi Semarang.*<https://media.neliti.com/media/publications/110833-ID-perbedaan-antara-jumlah-leukosit-darah-p.pdf>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G., 2002. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth. Edisi 8. Vol 1.* Jakarta: EGC.
- Wijaya, W., Eranto, M. and Alfarisi, R. (2020) 'Perbandingan Jumlah Leukosit Darah Pada Pasien Appendisitis Akut Dengan Appendisitis Perforasi', 11(1),pp.341–346.doi:10.35816/jiskh.v10i2.288.<https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH/article/download/288/229/>
- World Health Organization (WHO) 2014. Department of Noncommunicable Disease Surveillance.

Lampiran 1 Lembar Konsul


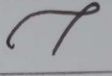


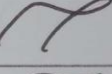



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Ririn Dwi Anggesti
NIM : P00320120060
Nama Pembimbing : Ns. Derison Marsinova Bakara, M.Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.H Post Op
Appendisitis Dengan Implementasi Relaksasi
Nafas Dalam Dengan Masalah Nyeri Akut
Diruang Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin,07 November 2022	- Acc Judul - Cari jurnal	
2.	Senin,22 Desember 2022	- Jurnal sesuaikan dengan LTA - Teknik penulisan sesuaikan dengan panduan. - WOC dikecilkan -	
3.	Rabu,28 Desember 2022	- Perbaiki teknik penulisan - Lengkapi daftar pustaka - Tabel dikecilkan -	
4.	Rabu,04 Januari 2023	- Lengkapi data - Diagnosa disesuaikan dengan SDKI - Perbaiki penulisan -	
5.	Jumat,06 Januari 2023	- Lengkapi Jurnal - Diagnosa sesuaikan SDKI - Lengkapi Daftar Pustaka -	
6.	Kamis,06 April 2023	- Lengkapi kesiapan untuk ujian - Perbaiki daftar Pustaka	

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
7.	Selasa, 11 April 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB III - Perbaiki table intervensi - Perbaiki powerpoint - Acc ujian proposal 	
8.	Kamis, 25 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Acc ke lahan 	
9.	Kamis, 15 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi data pada Analisa data - Data DS dan DO ada di pengkajian 	
10.	Selasa, 20 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi daftar pustaka - Cek data kembali - Sesuaikan data pengkajian dengan DS dan DO pada Analisa data 	
11.	Senin, 03 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi data - Buat powerpoint - Koordinasi untuk ujian 	
12.	Selasa, 04 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Acc ujian/ presentasi hasil Karya Tulis Ilmiah 	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP. 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Ririn Dwi Anggesti
NIM : P00320120060
Nama Penguji : Ns. Fatimah Khoirini, M.Kes
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.H Post Op
Appendisitis Dengan Implementasi Relaksasi
Nafas Dalam Dengan Masalah Nyeri Akut
Diruang Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa, 23 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none">- SOP Tindakan dilampirkan- Definisi Operasional diperjelas lagi sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan	
2.	Rabu, 24 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none">- Acc perbaikan proposal	
3.	Selasa, 11 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki implementasi hari pertama- Acc sudah sesuai saran	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Ririn Dwi Anggesti
NIM : P00320120060
Nama Penguji : Ns.Fitriyanti Yuliana Widiawati, S.Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.H Post Op
Appendisitis Dengan Implementasi Relaksasi
Nafas Dalam Dengan Masalah Nyeri Akut
Diruang Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa, 24 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan alasan mengeambil terapi pada BAB 1 di latar belakang- Acc perbaikan proposal	
2.	Senin, 10 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan TTV sebelum dan sesudah melakukan implementasi pada lembar observasi- Acc perbaikan Karya Tulis Ilmiah	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

Lampiran 2 Biodata

BIODATA

Nama : Ririn Dwi Anggesti

Tempat dan tanggal lahir : Pal Batu, 07 Juni 2002

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Jl.Lintas Curup-Lubuk Linggau, Kampung

Baru,Palbatu

Riwayat pendidikan : 1. SDN 105 Rejang Lebong
2. SMPN 03 Rejang Lebong
3. SMAN 08 Rejang Lebong

Lampiran 3 SOP

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

Pengertian	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan.
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, kecemasan dan mencegah menghebatnya stimulasi nyeri.
Prosedur	<p>PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan verifikasi data klien2. Mencuci Tangan <p>FASE ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memberikan salam terapeutik2. Memperkenalkan diri3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan4. Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>FASE KERJA</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjaga privasi klien2. Mengkaji skala nyeri klien sebelum dilakukan tindakan3. Mengatur posisi nyaman klien sebelum dilakukan tindakan4. Meminta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen5. Melatih klien melakukan napas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup).6. Meminta klien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung)7. Instruksikan klien menahan napas hingga 3 hitungan8. Meminta menghembuskan napas hingga 3 hitungan (lewat mulut bibir seperti meniup)

	<ol style="list-style-type: none">9. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot10. Instruksikan klien untuk melakukan teknik ini sebanyak 5-6 kali hingga nyeri merasa berkurang11. Mengevaluasi tindakan (Status pernapasan,perasaan klien, dll)12. Mengkaji skala nyeri setelah dilakukan tindakan13. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik ini jika nyeri kembali lagi sebanyak 5-6 kali dalam waktu 5 menit hingga nyeri berkurang. <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi perasaan klien sesudah dilakukan tindakan2. Berpamitan dengan klien3. Mencuci tangan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan2. Mencatat perasaan dan respon klien setelah diberikan tindakan
--	---

Lampiran 4 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Nama : An.H

Umur : 10 tahun

No.RM : 246842


Jenis Tindakan : Terapi relaksasi nafas dalam

No	Hari/Tanggal	Pukul	Skala Nyeri (0-10)			
			Sebelum intervensi dilakukan	TTV	Setelah intervensi dilakukan	TTV
1.	Rabu/ 31-05-2023	12.00 WIB	Skala nyeri 6	TD :- RR : 22x/m HR:101x/m T : 36,6	Setelah dilakukan implementasi skala nyeri 5	TD :- RR : 22x/m HR : 73x/m T : 36,6
2.	Rabu-Kamis/ 31-01 Juni 2023 (Dinas malam sampai pagi)	24.00 WIB	Skala nyeri 5	TD :- RR : 21x/m HR : 93x/m T : 37,0	Setelah dilakukan implementasi nyeri 4	TD :- RR : 20x/m HR : 90x/m T : 37,0
		09.00 WIB	Skala nyeri 4	TD :- RR : 20x/m HR : 90x/m T : 38,4	Setelah dilakukan implementasi dan dilakukan GV skala nyeri 4	TD :- RR : 20x/m HR : 80x/m T : 38,4
3.	Jum'at/ 02 Juni 2023	09.00 WIB	Skala nyeri 3	RR : 20x/m HR : 81x/m T : 36,6	Setelah dilakukan implementasi saat GV dan setelah GV skala nyeri 3	RR : 20x/m HR : 69x/m T : 36,6
		12.00 WIB	Skala nyeri 3	RR : 20x/m HR: 70x/m T : 36,7	Setelah dilakukan implementasi skala nyeri 2	RR : 20x/m HR : 64x/m T : 36,7
4.	Sabtu/ 03 Juni 2023	12.00 WIB	Skala nyeri 2	RR : 20x/m HR : 79x/m T : 36,7	Setelah dilakukan implementasi Skala nyeri 2	RR : 20x/m HR : 70x/m T : 36,7

Keterangan :

1. (0) : Tidak Nyeri
2. (1-3) : Nyeri Ringan
3. (4-6) : Nyeri Sedang
4. (7-9) : Nyeri Berat
5. (10) : Nyeri Sangat Berat
- 6.

Lampiran 5 Izin Penelitian

**PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG**
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depun Kecamatan Merigi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail : rsudcurup@yahoo.co.id


Nomor : 24 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 31 Mei 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - **Karu Anggrek**
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di
RSUD Kabupaten Rejang Lebong


Sehubungan dengan Surat Dari Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Nomor: KH.03.01/174/6.2/2023 Tanggal 26 Mei 2023 , Perihal Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : **RIRIN DWI ANGGESTI**
Jurusan : P00320120060
Waktu : 30 Mei s.d 06 Juni 2023
Judul : *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Appendisitid Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam di ruangan Anggrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.*

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi, Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong


Ns. Winike Nppr Tant. Skep
19921109200012009


dr. RHEYGO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800911 200804 1 001

Lampiran 6 Selesai Melaksanakan Dinas



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian Depun Kec Merigi Kabupaten Kepahiyang
Kode Pos 39371

Email rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 94 /RSUD – DIKLAT/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan
Izin penelitian di RSUD Kabupaten
Rejang lebong

Merigi, 27 Juni 2023
Kepada Yth,
Kaprodi Keperawatan Curup
Di -
Curup

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor:
KH.03.01/174/6.2/2023 tanggal 26 Mei 2023, Perihal Surat Pengantar
Permohonan izin penelitian atas nama Mahasiswa :

Nama : **RIRIN DWI ANGGESTI**
NPM : P00320120060
Jurusan : D III Keperawatan
Waktu Penelitian : 30 Mei s.d 06 Juni 2023
Judul : ***Asuhan Keperawatan Pada Pasien
Appendisitis Dengan Implementasi
Relaksasi Nafas Dalam di ruangan Anggrek
RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun
2023.***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami
sampaikan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong



dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800911 200804 1 001

Lampiran 7 Dokumentasi

DOKUMENTASI

Tanggal, 31 Mei 2023

Tanggal, 01 Juni 2023



Tanggal, 02 Juni 2023

Tanggal, 03 Juni 2023



Lampiran 8 Jurnal**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI
APENDISITIS DENGAN MASALAH NYERI AKUT Devi Mediarti¹,
Syokumawena², Hary Akbar³, Herawati Jaya⁴**

Program Studi DIII Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Palembang¹

*devi@poltekkespalembang.ac.id*¹

*wena@poltekkespalembang.ac.id*²

*haryakbar1603@gmail.com*³

*herajaya@poltekkespalembang.ac.id*⁴

Corresponding Author: Devi Mediarti

DOI: <https://doi.org/10.36729>

ABSTRAK

Latar Belakang: Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks (Umbai cacing). Salah satu penatalaksanaan apendisitis adalah dengan pembedahan apendiktomi. Keluhan yang sering timbul pasca pembedahan adalah nyeri akut. Untuk mengatasi nyeri maka perlu dilakukan implementasi keperawatan pada pasien post operasi apendisitis. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah manajemen nyeri akut yaitu teknik relaksasi napas dalam, pengaturan posisi dan tindakan kolaborasi pemberian obat. Bila implementasi keperawatan ini tidak dilakukan maka pasien pasien akan terfokus pada nyerinya sehingga nyeri tidak berkurang. **Metode:** Desain penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Tempat penelitian dilakukan di salah satu rumah sakit yang berada di Palembang. Waktu penelitian dilakukan di bulan April 2021. Sampel penelitian ini 2 orang pasien post operasi apendisitis. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan implementasi keperawatan. Penelitian ini dilakukan untuk membandingkan dua responden yang telah diberikan implementasi berupa manajemen nyeri akut yaitu teknik relaksasi napas dalam, pengaturan posisi dan tindakan kolaborasi pemberian obat. **Hasil:** Terjadi penurunan skala nyeri dimana pasien 1 nilai skala nyeri pre adalah 5 dan nilai post turun menjadi 2 dan pasien 2 dengan nilai skala nyeri pre adalah 6 turun menjadi 2 pada nilai post nya . Implementasi keperawatan mengkaji nyeri, teknik relaksasi napas dalam, mengatur posisi semi fowler dan kolaborasi pemberian obat untuk mengurangi nyeri akut yang dirasakan pasien. **Saran:** Agar manajemen nyeri akut bisa diterapkan oleh pasien yang berada di rumah sakit terutama pasien yang mengalami nyeri akut.

Kata Kunci: *Nyeri akut, Post Operasi Apendisitis*

ABSTRACT

Background: Appendicitis is an inflammation of the appendix (worm tuber). One of the management of appendicitis is appendectomy surgery. Complaints that often arise after surgery is acute pain. To overcome pain, it is necessary to implement nursing in postoperative appendicitis patients. The nursing implementation carried out was acute pain management, namely deep breathing relaxation techniques, positioning and collaborative drug administration actions. If the implementation of this nursing is not carried out, the patient will focus on the pain so that the pain does not decrease. **Methods:** This research design uses a descriptive method in the form of a case study. The place of research was carried out in one of the hospitals in Palembang. The time of the study was carried out in April 2021. The sample of

this study was 2 patients after appendicitis surgery. The approach used is the nursing implementation approach. This study was conducted to compare two respondents who had been given the implementation of acute pain management, namely deep breathing relaxation techniques, positioning and collaborative action of drug administration. **Results** : There was a decrease in the pain scale where patient 1 had a pre pain scale score of 5 and the post score dropped to 2 and patient 2 with a pre pain scale value of 6 dropped to 2 on the post score. Nursing implementation examines pain, deep breathing relaxation techniques, adjusts the semi-Fowler position and collaboration in drug administration to reduce the acute pain felt by the patient. **Suggestion**: So that acute pain management can be applied by patients who are in hospital, especially patients who experience acute pain.

Keywords: *Acute Pain, Post Appendicitis Surgery*

PENDAHULUAN

Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks (umbai cacing) yang berbahaya jika tidak ditangani dengan segera dimana dapat terjadi infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Williams, L., 2011). Menurut *World Health Organisation* atau WHO (2010) menjelaskan bahwa angka kejadian Apendisitis cukup tinggi di dunia dengan angka mortalitas sebanyak 21.000 jiwa, dimana angka mortalitas pada laki-laki sekitar 12.000 jiwa dan sekitar 10.000 jiwa pada perempuan WHO juga menyebutkan bahwa insiden pada tahun 2014 apendisitis menempati urutan ke delapan sebagai penyebab utama kematian di dunia (Faridah, 2015) . Menurut data yang dirilis oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia tentang kejadian apendisitis di Indonesia pada tahun 2016 jumlah penderita apendisitis di Indonesia mencapai 591.819 orang dan meningkat pada tahun 2017 sebesar 596.132 orang (Soewito, 2017), sedangkan di kota Palembang kejadian apendisitis sebanyak 2.363 penderita dan 19 penderita

diantaranya meninggal. Penulis melakukan studi pendahuluan ke rumah sakit Bhayangkara Palembang didapatkan data pada 3 bulan terakhir didapatkan pasien yang menderita apendisitis sebanyak 5 orang.

Salah satu penatalaksanaan pasien dengan apendisitis akut adalah dengan cara pembedahan apendiktomi. Apendiktomi merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks yang didiagnosa apendisitis sebagai pencegahan terjadinya perforasi apendiks dan penanganan terjadinya perforasi yang dapat menimbulkan nyeri (Amalia & Susanti, 2014). Keluhan yang sering timbul pasca pembedahan (post operasi) adalah pasien merasakan nyeri yang hebat dan mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat nyeri yang tidak adekuat. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Gedara et al, (2015), prevalensi pasien yang mengalami nyeri berat setelah melakukan operasi sekitar 50 % dan 10 % pasien mengalami nyeri sedang sampai berat (Anggaraeni, 2016).

Pendekatan farmakologis merupakan pendekatan kolaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri. Sedangkan pendekatan non farmakologis merupakan pendekatan untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan teknik manajemen nyeri yang salah satunya adalah dengan teknik relaksas (PPNI, 2018). Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti ketegangan otot atau kecemasan (PPNI, 2018). Mengatur posisi merupakan salah satu teknik untuk mengurangi nyeri. Salah satu posisi yang dapat diberikan untuk kenyamanan pasien yaitu posisi semi fowler. Teknik ini dapat dilakukan dengan kepala ditopang dalam posisi berbaring atau duduk dikursi atau tempat tidur untuk memberikan kenyamanan pada pasien (Potter & Perry, 2006).

Secara umum tujuan penulis adalah untuk melakukan implementasi keperawatan pada pasien post operasi apendisitis dengan

masalah nyeri akut. Secara khusus tujuan penulis adalah dapat melakukan implementasi keperawatan manajemen nyeri akut, teknik relaksasi napas dalam, pengaturan posisi dan tindakan kolaborasi pemberian obat. Maka penulis tertarik untuk menjelaskan dan menganalisis tentang penanganan kasus post operasi apendisitis dengan judul

“Implementasi Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Apendisitis Dengan Masalah Nyeri Akut”.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah implementasi keperawatan pada pasien post operasi apendisitis dengan masalah nyeri akut di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang. Pendekatan yang dilakukan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Studi kasus ini telah dilaksanakan di Instalasi Rawat Inap Umum Rumah Sakit

Bhayangkara Palembang yang pelaksanaannya dilakukan pada tanggal 2 – 23 April 2021. Subjek studi kasus berjumlah dua pasien yang diamati secara mendalam dengan kriteria inklusi yaitu

pasien post operasi apendisitis yang mengalami nyeri akut, pasien post operasi apendisitis hari pertama dan bersedia menjadi partisipan. Sedangkan Kriteria eksklusi pada karya tulis ilmiah ini adalah pasien post operasi apendisitis yang telah mengalami komplikasi. Pelaksanaan studi kasus ini difokuskan pada implementasi keperawatan pada pasien post operasi apendisitis dengan masalah nyeri akut. Pasien post operasi apendisitis yang telah selesai operasi akan merasakan nyeri akut sehingga perlu dilakukan implementasi keperawatan tersebut untuk mengurangi nyerinya.

HASIL PENELITIAN

Pada hasil dan pembahasan memaparkan hasil dari kegiatan proses keperawatan yang dilakukan pada klien. Proses keperawatan dilakukan dengan tahapan dari pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan (Potter & Perry, 2009).

Hasil Pengkajian Keperawatan

Pada Pasien pertama pengkajian dilakukan pada tanggal 2 April 2021 pukul 15.00 WIB didapatkan biodata pasien yaitu Tn. A berumur 34 tahun, berjenis kelamin laki-laki, bekerja sebagai polisi dengan pendidikan terakhirnya yaitu SMA. Tn. A bertempat tinggal di Jalan Swadaya 4 Sukajadi, Palembang. Tn.A masuk ke RS X

Palembang pada tanggal 1 April 2021 di ruangan Irna Umum nomor 323 Kelas 1. Identitas penanggung jawab pasien adalah Ny. R selaku Istri dari Tn. A yang berumur 30 tahun, beragama islam dan tinggal serumah dengan Tn. A. Sedangkan pada pasien kedua pengkajian dilakukan pada tanggal 20 April 2021 pukul 14.00 WIB didapatkan biodata pasien yaitu Tn. J berumur 50 tahun, berjenis kelamin lakilaki.bekerja sebagai karyawan swasta dengan pendidikan terakhirnya yaitu SMA. Tn. J bertempat tinggal di Jalan Sido Makmur Sukarami, Palembang. Tn. J masuk ke RS X Palembang pada tanggal 19 April 2021 di ruangan Irna Umum nomor 320 Kelas 2. Identitas penanggung jawab pasien adalah Ny. H selaku Istri dari Tn. J yang berumur 42 tahun, beragama islam dan tinggal serumah dengan Tn. J.

Pada pasien 1 keluhan utama saat masuk RS pasien mengatakan nyeri perut kanan bawah sejak \pm 10 jam sebelum masuk rumah sakit, nyeri bila ditekan, nafsu makan menurun, demam, mual dan muntah. Keluhan utama saat pengkajian pasien 1 mengatakan masih merasa nyeri pada daerah luka operasi. Riwayat kesehatan sekarang pasien 1 telah dilakukan operasi apendisitis pada tanggal 2 April 2021 pukul 10.00 WIB – 11.30 WIB. Tidak ada komplikasi selama pembedahan. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka operasi saat bergerak dan menjalar ke perut.

Sedangkan Pada pasien 2 keluhan utama saat masuk RS Pasien mengatakan sakit perut didaerah abdomen bagian kanan \pm 7 jam sebelum masuk rumah sakit, lidah pahit dan demam. Keluhan utama saat pengkajian pasien 2 mengatakan masih merasa nyeri pada daerah luka operasi. Riwayat kesehatan sekarang pasien 2 telah dilakukan operasi apendisitis pada tanggal 20 April 2021 pukul 10.00 WIB – 11.00 WIB. Tidak ada komplikasi selama pembedahan. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka operasi dan menjalar ke seluruh perut.

Ada beberapa model yang telah dikembangkan oleh para ahli keperawatan. Salah satu contoh format pengkajian yang disusun oleh Gordon yang mengkaji 11 pola fungsi kesehatan. Kata pola digunakan Gordon untuk memaknai perilaku secara berurutan Pada pengkajian pola fungsi menurut Gordon didapatkan pada pasien 1 pola nutrisi sebelum sakit pola makan baik yaitu 3x sehari dengan menu nasi, lauk, sayur, tidak ada pantangan makanan namun pasien suka mengonsumsi makanan pedas, frekuensi minum air putih 7-8 gelas/ hari atau \pm 1500 ml/ hari. Selama Sakit nafsu makan berkurang. Pasien makan 3x/hari tetapi makanan yang dimakan tidak habis, makan hanya 5-6 sendok makan saja, diit bubur halus, minum air putih \pm 500 ml/hari. Pada pasien 1 pola eliminasi sebelum sakit pasien BAK 5-7 x/hari, warna kuning jernih,

dan BAB 1x/hari warna kuning, bau khas feces. Selama sakit pasien terpasang kateter, jumlah urine perjam sebanyak \pm 150 cc, belum BAB sama sekali selama di RS. Pada pasien 1 pola aktivitas sebelum sakit aktivitas dilakukan secara mandiri. Selama sakit semua aktivitasnya di rumah sakit dengan di bantu oleh keluarganya.

Pada pengkajian pola fungsi menurut Gordon didapatkan pada pasien 2 pola nutrisi sebelum sakit pola makan baik yaitu 3x sehari dengan menu nasi, lauk, sayur, tidak ada pantangan makanan namun pasien suka mengonsumsi makanan pedas, frekuensi minum air putih 5-7 gelas/ hari atau \pm 1500 ml/ hari. Selama Sakit nafsu makan berkurang. Pasien makan 3x/hari tetapi makanan yang dimakan tidak habis, makan hanya 4-5 sendok makan saja, diit bubur halus, minum air putih \pm 500 ml/hari. Pada pasien 2 pola eliminasi sebelum sakit pasien BAK 4-6 x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/ 2 hari warna kuning, bau khas feces. Selama sakit pasien terpasang kateter, jumlah urine perjam sebanyak \pm 150 cc, belum BAB sama sekali selama di RS. Pada pasien 2 pola aktivitas sebelum sakit aktivitas dilakukan secara mandiri. Selama sakit semua aktivitasnya di rumah sakit dengan di bantu oleh keluarganya.

Pemeriksaan fisik pada pasien 1 didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran komposmentis. Tekanan darah 120/80 mmhg, pernapasan 24 x/menit, tekanan nadi

80 x/menit, suhu 36,5 °C . Sedangkan pada pasien 2 didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran komposmentis. Tekanan darah 140/90 mmhg, pernapasan 24 x/menit, tekanan nadi 88 x/menit, suhu 37 °C. Pemeriksaan *head to toe* pada pasien didapatkan semua hasil normal kecuali pada abdomen. Pada pasien 1 dan 2 abdomen simetris, datar, ada luka bekas operasi di bagian perut sebelah kanan bawah dengan panjang 6-8 cm, kondisi luka kemerahan dan tidak ada pus.

Pemeriksaan laboratorium pada pasien 1 dan pasien 2 diketahui bahwa jumlah hemoglobin (Hb) pada P1 dan P2 berada diatas nilai normal (14-16 g/DL). Pada P1 hasil Hb sebesar 16,5 g/dL dan pada P2 sebesar 16,6 g/Dl. Jumlah Leukosit pada P1 dan P2 berada diatas nilai normal (5.000 – 10.000 uL). Pada P1 hasil leukosit 11.200 uL dan pada P2 sebesar 20.500 uL. Jumlah Eritrosit pada P1 dan P2 berada diatas normal (4.5 – 5.5 Juta/uL). Pada P1 hasil leukosit 5.7 Juta/uL dan pada P2 sebesar 5.6 Juta/uL. Pada terapi farmakologis obat kedua pasien sama yaitu IUFD RL gtt 20X/ menit, keterolak 3x1 ampul, ambacin cefuroxime sodium 2x1 vial dan metronidazole 2x1 vial, hanya saja pada pasien 2 ada terapi obat pantoprazole dan omeprazole.

Diagnosa Keperawatan

Setelah didapatkan data dari pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, maka

dibuatlah analisa data dan membuat kesimpulan diagnosis keperawatan (Potter & Perry, 2009). Dari data diatas didapatkan analisa data pada pasien 1 dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri di abdomen kanan pada luka bekas operasi. Nyeri yang dirasakan seperti dicubit dengan skala nyeri 5. Pasien mengatakan nyeri menyebar keseluruh abdomen dan nyeri tidak menentu/ hilang timbul berlangsung sekitar 3-4 menit. Data objektif pada pasien 1 yaitu pasien nampak meringis kesakitan, tekanan darah 120/80 mmhg, pernafasan 20 x/menit, nadi 80x/menit, suhu 36,5 °C. Berdasarkan etiologi luka insisi yang menyebabkan kerusakan jaringan pada saraf sehingga didapatkan masalah keperawatan nyeri akut, sedangkan didapatkan analisa data pada pasien 2 dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri di abdomen kanan pada luka bekas operasi. Nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk di luka operasi dengan skala nyeri 6. Pasien mengatakan nyeri menyebar keseluruh abdomen dan nyeri tidak menentu/ hilang timbul berlangsung sekitar 5 menit. Data objektif pada pasien 2 yaitu pasien nampak meringis kesakitan, tekanan darah 140/90 mmhg, pernafasan 24 x/menit, nadi 86 x/menit, suhu 37 °C. Berdasarkan etiologi luka insisi yang menyebabkan kerusakan jaringan pada saraf sehingga didapatkan masalah keperawatan nyeri akut. Sehingga

didapatkan kesimpulan diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (adanya insisi bedah).

Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dibuat untuk diagnosa diatas adalah tujuan yang diharapkan dari tindakan keperawatan 3x24 jam yang dilakukan yaitu nyeri berkurang, terkontrol atau hilang. Dengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun (kemampuan mengerjakan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun). Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) adalah manajemen nyeri yang meliputi observasi dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri. Teraupetik dengan memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan napas dalam, mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri seperti mengatur posisi pasien (posisi semi fowler), Edukasi dengan mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan kolaborasi dengan pemberian analgetik, jika perlu.

Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi keperawatan terhadap pasien 1 pada tanggal 3-5 April 2021. Tanggal 3 April

2021 pukul 15.00 WIB penulis melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dengan menggunakan metode mnemonic PQRST dengan hasil Nyeri di perut kanan bawah setelah post operasi apendisitis dan dirasakan saat diam maupun bergerak (P), nyeri yang dirasakan seperti dicubit (Q), nyeri menyebar keseluruh abdomen (R), skala nyeri 5 (S), nyeri tidak menentu, hilang timbul berlangsung sekitar 3-4 menit (T). Pada pukul 15.30 WIB mengatur posisi pasien semi fowler dengan menaikkan posisi tempat tidur dibagian kepala dengan ketinggian 45⁰, meletakkan 1 bantal dibawah kepala pasien, membantu pasien setengah duduk ditempat tidur dengan cara tangan kanan masuk ke ketiak pasien dan tangan kiri menyangga punggung pasien, kemudian anjurkan pasien untuk mendorong badannya kebelakang, berikan 1 bantal untuk sandaran punggung pasien. Pada pukul 16.00 WIB melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan melatih pasien melakukan napas perut (tarik napas dalam melalui hidung 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup). Meminta pasien menahan napas (3 hitungan), meminta pasien menghembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup). Meminta pasien untuk melakukan napas dalam hingga merasa lebih rileks dan nyeri sedikit berkurang.

Pada pukul 16.45 WIB Melakukan pemberian obat dengan drip 1 amp keterolak pada cairan infus RL dengan gtt 20 x/menit .

Tanggal 4 April 2021 pukul 15.00 WIB penulis melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dengan menggunakan metode mnemonic PQRST dengan hasil pasien mengatakan nyeri di perut kanan bawah akibat luka operasi apendisitis dan dirasakan semakin membaik bila istirahat (P), nyeri yang dirasakan seperti di cubit (Q), nyeri menyebar keseluruh abdomen (R), skala nyeri 4 (S), nyeri tidak menentu, hilang timbul berlangsung sekitar 2-3 menit (T). Pada pukul 15.30 WIB mengatur posisi pasien semi fowler dengan menaikkan posisi tempat tidur dibagian kepala dengan ketinggian 45⁰. Pada pukul 16.00 WIB melakukan teknik relaksasi napas dalam sebanyak 5-6 kali hingga merasa nyeri berkurang. Pada pukul 16.45 WIB Melakukan pemberian obat dengan drip 1 amp keterolak pada cairan infus RL dengan gtt 20 x/menit .

Tanggal 5 April 2021 pukul 15.00 WIB penulis melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dengan menggunakan metode mnemonic PQRST dengan hasil pasien mengatakan nyeri di perut kanan bawah akibat luka operasi apendisitis, membaik bila istirahat (P), nyeri yang dirasakan seperti di cubit (Q), nyeri

menyebar keseluruh abdomen (R), skala nyeri 2 (S), nyeri tidak menentu, hilang timbul berlangsung sekitar 1-2 menit (T). Pada pukul 15.30 WIB mengatur posisi pasien semi fowler dengan menaikkan posisi tempat tidur dibagian kepala dengan ketinggian 45⁰. Pada pukul 16.00 WIB melakukan teknik relaksasi napas dalam sebanyak 5-6 kali hingga merasa nyeri berkurang. Pada pukul 16.45 WIB Melakukan pemberian obat dengan drip 1 amp keterolak pada cairan infus RL dengan gtt 20 x/menit.

Pada pasien 2 penulis melakukan implementasi keperawatan pada tanggal 21-23 April 2021. Tanggal 21 April 2021 pukul 15.00 WIB penulis melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dengan menggunakan metode mnemonic PQRST dengan hasil nyeri di perut kanan bawah setelah operasi apendisitis dan dirasakan saat diam maupun bergerak (P), nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk (Q), nyeri menyebar keseluruh abdomen (R), skala nyeri 6 (S), nyeri tidak menentu, hilang timbul berlangsung sekitar 4-5 menit (T). Pada pukul 15.30 WIB mengatur posisi pasien semi fowler dengan menaikkan posisi tempat tidur dibagian kepala dengan ketinggian 45⁰ , meletakkan 1 bantal dibawah kepala pasien, membantu pasien setengah duduk ditempat tidur dengan cara tangan kanan masuk ke ketiak pasien dan

tangan kiri menyangga punggung pasien, kemudian anjurkan pasien untuk mendorong badannya kebelakang, berikan 1 bantal untuk sandaran punggung pasien. Pada pukul 16.00 WIB melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan melatih pasien melakukan napas perut (tarik napas dalam melalui hidung 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup). Meminta pasien menahan napas (3 hitungan), meminta pasien menghembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup). Meminta pasien untuk melakukan napas dalam hingga merasa lebih rileks dan nyeri sedikit berkurang. Pada pukul 16.45 WIB Melakukan pemberian obat dengan drip 1 amp keterolak pada cairan infus RL dengan gtt 20 x/menit.

Tanggal 22 April 2021 pukul 15.00 WIB penulis melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dengan menggunakan metode mnemonic PQRST dengan hasil pasien mengatakan nyeri di perut kanan bawah akibat luka operasi apendisitis dan dirasakan semakin membaik bila istirahat (P), nyeri yang dirasakan seperti ditusuktusuk (Q), nyeri menyebar keseluruh abdomen (R), skala nyeri 4 (S), nyeri tidak menentu, hilang timbul berlangsung sekitar 3 menit (T). Pada pukul 15.30 WIB mengatur posisi pasien semi fowler dengan menaikkan posisi tempat tidur dibagian kepala dengan

ketinggian 45⁰. Pada pukul 16.00 WIB melakukan teknik relaksasi napas dalam sebanyak 5-6 kali hingga merasa nyeri berkurang. Pada pukul 16.45 WIB Melakukan pemberian obat dengan drip 1 amp keterolak pada cairan infus RL dengan gtt 20 x/menit .

Tanggal 5 April 2021 pukul 15.00 WIB penulis melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dengan menggunakan metode mnemonic PQRST dengan hasil pasien mengatakan nyeri di perut kanan bawah akibat luka operasi apendisitis dan dirasakan semakin membaik bila istirahat (P), nyeri yang dirasakan seperti ditusuktusuk (Q), nyeri menyebar keseluruh abdomen (R), skala nyeri 2 (S), nyeri tidak menentu, hilang timbul berlangsung sekitar 1-2 menit (T). Pada pukul 15.30 WIB mengatur posisi pasien semi fowler dengan menaikkan posisi tempat tidur dibagian kepala dengan ketinggian 45⁰. Pada pukul 16.00 WIB melakukan teknik relaksasi napas dalam sebanyak 5-6 kali hingga merasa nyeri berkurang. Pada pukul 16.45 WIB Melakukan pemberian obat dengan drip 1 amp keterolak pada cairan infus RL dengan gtt 20 x/menit .

Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan implementasi sesuai dengan perencanaan, maka perawat membandingkan hasil tindakan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan

(Debora, 2011). Evaluasi harus dilakukan secara periodic tidak hanya satu kali saja untuk menentukan adanya perubahan atau perbaikan kondisi klien (Potter & Perry, 2009).

Pada pasien 1 evaluasi pada tanggal 3 April 2021 yaitu subjektif: pasien mengatakan nyeri di abdomen kanan pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti di cubit. Objektif: keadaan umum sedang, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, skala nyeri 5. Assesment: masalah belum teratasi. Planning: intervensi dilanjutkan. Tanggal 4 April 2021 yaitu subjektif: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang. Objektif: keadaan umum sedang, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,2 °C, skala nyeri 4. Assesment: masalah belum teratasi. Planning: intervensi dilanjutkan. Tanggal 5 April 2021 yaitu subjektif: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari sebelumnya. Objektif: keadaan umum sedang, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,3 °C, skala nyeri 2. Assesment: masalah teratasi sebagian. Planning: intervensi dihentikan.

Pada pasien 2 evaluasi pada tanggal 21 April 2021 yaitu subjektif: pasien mengatakan nyeri di abdomen kanan pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri

yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.

Objektif: keadaan umum sedang, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 86 x/menit, pernafasan 24 x/menit, skala nyeri 6.

Assesment: masalah belum teratasi.

Planning: intervensi dilanjutkan. Tanggal 22 April 2021 yaitu subjektif: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang.

Objektif: keadaan umum sedang, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36,7 °C, skala nyeri 4.

Assesment: masalah belum teratasi. Planning: intervensi dilanjutkan.

Tanggal 23 April 2021 yaitu subjektif: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari sebelumnya. Objektif: keadaan umum sedang, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,8 °C, skala nyeri 2. Assesment: masalah teratasi sebagian. Planning: intervensi dihentikan.

PEMBAHASAN

Penulis telah melakukan Implementasi keperawatan pada pasien post operasi apendisitis dengan masalah nyeri akut di Irna Umum Rumah Sakit Bhayangkara Palembang yang dilakukan selama 3 hari yaitu kepada Tn. A (pasien 1) pada tanggal 3-5 April 2021 dan Tn. J (Pasien 2) pada tanggal 21-23 April 2021.

Mengkaji Nyeri Secara Komprehensif
Pengkajian nyeri dilakukan dengan metode mnemonic PQRST. Penulis menanyakan

beberapa pertanyaan yaitu apa yang menyebabkan rasa nyeri, bagaimana kualitas nyeri yang dirasakan, apakah nyeri menyebar, seperti apa sakitnya (skala nyeri), dan kapan rasa nyeri muncul. Pada pasien 1 di hari pertama didapatkan bahwa pasien merasakan nyeri di perut kanan bawah akibat luka operasi apendisitis (P), nyeri yang dirasakan seperti di cubit (Q), nyeri menyebar keseluruh abdomen (R), Skala nyeri 5 (S) dan Nyeri tidak menentu, hilang timbul berlangsung sekitar 3-4 menit (T). Yang membedakan pengkajian nyeri pada hari kedua dan ketiga adalah pada komponen S dan T yaitu pada hari kedua skala nyeri 4 dan hilang timbul sekitar 3 menit dan pada hari ketiga skala nyeri 2 dan hilang timbul sekitar 1 – 2 menit.

Pada pasien 2 di hari pertama didapatkan bahwa pasien merasakan nyeri di perut kanan bawah akibat luka operasi apendisitis (P), nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk (Q), nyeri menyebar keseluruh abdomen (R), Skala nyeri 6 (S) dan Nyeri tidak menentu, hilang timbul berlangsung sekitar 4-5 menit (T). Yang membedakan pengkajian nyeri pada hari kedua dan ketiga adalah pada komponen S dan T yaitu pada hari kedua skala nyeri 4 dan hilang timbul sekitar 3 menit dan pada hari ketiga skala nyeri 2 dan hilang timbul sekitar 1=2 menit. Perbandingan antara pasien 1 dan pasien 2 terletak pada skala nyeri dimana pada saat

dikaji pertama kali pasien 1 mengungkapkan skala nyeri 5 sedangkan pasien 2 mengungkapkan skala nyeri 6, hal ini dapat diakibatkan oleh perbedaan ambang nyeri dan tingkat toleransi terhadap nyeri masing-masing individu.

Berdasarkan penelitian Oktavia (2017) mengenai upaya penurunan nyeri pada pasien post apendektomi di dapatkan bahwa pengkajian nyeri yang akurat diperlukan untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Hal ini berkaitan dengan yang terjadi di lapangan dimana hasil evaluasi pada kedua pasien setelah dilakukan pengkajian nyeri secara berkelanjutan didapatkan bahwa skala nyeri pasien berkurang. Penelitian ini sejalan juga dengan penelitian Patasik (2013), sebagian besar mengalami nyeri hebat sampai sangat hebat, tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan guided imagery di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado sebagian besar mengalami penurunan ke kategori nyeri ringan selebihnya ke kategori nyeri sedang, dan teknik relaksasi nafas dalam dan guided imagery efektif terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea.

Melakukan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik napas dalam dilakukan dengan cara meminta pasien meletakkan satu tangan didada dan satu tangan di abdomen

kemudian melatih pasien melakukan napas perut (tarik napas dalam melalui hidung 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup), menahan napas (3 hitungan) serta menghembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup). Pada pasien 1 di hari pertama penulis mengajarkan kepada pasien untuk melakukan teknik napas dalam dan meminta pasien untuk mengulangi dan melakukan teknik napas dalam hingga nyeri sedikit berkurang.

Begitu pula pada hari kedua dan ketiga pasien melakukan teknik napas dalam dengan benar dan mengulangi hingga nyeri berkurang. setelah dilakukan implementasi keperawatan teknik relaksasi napas dalam, pasien 1 mengatakan tindakan ini dapat mengurangi sedikit rasa nyeri dan pasien mengulanginya sehingga didapatkan ada perubahan skala nyeri yang pada awalnya skala nyeri 5 pada hari pertama turun menjadi skala nyeri 4 pada hari kedua dan menjadi skala nyeri 2 pada hari ketiga.

Pada pasien 2 di hari pertama penulis mengajarkan kepada pasien untuk melakukan teknik napas dalam dan meminta pasien untuk mengulangi dan melakukan teknik napas dalam hingga nyeri sedikit berkurang. Begitu pula pada hari kedua dan ketiga pasien melakukan teknik napas dalam dengan benar dan mengulangi hingga nyeri berkurang. Setelah dilakukan implementasi

keperawatan teknik relaksasi napas dalam, pasien 2 mengatakan tindakan ini dapat mengurangi sedikit rasa nyeri dan pasien mengulanginya sehingga didapatkan ada perubahan skala nyeri yang pada awalnya skala nyeri 6 pada hari pertama turun menjadi skala nyeri 4 pada hari kedua dan menjadi skala nyeri 2 pada hari ketiga. Pasien 1 dan pasien 2 memiliki keinginan yang besar untuk segera pulih, kedua pasien mengikuti apa yang diperintahkan dan selalu mengulangi teknik relaksasi napas dalam saat merasakan nyeri sehingga terdapat pengaruh teknik napas dalam terhadap penurunan skala nyeri.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Amir dan Poppi (2018) menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam sangat signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri. Hal ini berkaitan dengan yang terjadi di lapangan dimana hasil evaluasi pada kedua pasien setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam secara berkelanjutan didapatkan bahwa skala nyeri pasien berkurang.

Mengatur Posisi Semi Fowler

Pada pasien 1 di hari pertama penulis menjelaskan manfaat yang diperoleh dari pengaturan posisi semi fowler pada pasien post operasi apendisitis dan mengajarkan bagaimana posisi semi fowler yang benar. Pasien dibantu melakukan posisi semi fowler karena kondisi yang masih lemah. Begitu pula pada hari kedua dan ketiga

pasien melakukan posisi semi fowler dengan benar. Setelah dilakukan implementasi keperawatan mengatur posisi, pasien 1 mengatakan tindakan ini dapat meningkatkan rasa nyaman dan mengurangi sedikit rasa nyeri sehingga didapatkan ada perubahan skala nyeri yang pada awalnya skala nyeri 5 pada hari pertama turun menjadi skala nyeri 4 pada hari kedua dan menjadi skala nyeri 2 pada hari ketiga.

Pada pasien 2 di hari pertama penulis menjelaskan manfaat yang diperoleh dari pengaturan posisi semi fowler pada pasien post operasi apendisitis dan mengajarkan bagaimana posisi semi fowler yang benar. Pasien dibantu melakukan posisi semi fowler karena kondisi yang masih lemah. Begitu pula pada hari kedua dan ketiga pasien melakukan posisi semi fowler dengan benar. Setelah dilakukan implementasi keperawatan mengatur posisi, pasien 2 mengatakan tindakan ini dapat meningkatkan rasa nyaman dan mengurangi sedikit rasa nyeri sehingga didapatkan ada perubahan skala nyeri yang pada awalnya skala nyeri 6 pada hari pertama turun menjadi skala nyeri 4 pada hari kedua dan menjadi skala nyeri 2 pada hari ketiga. Selama melakukan tindakan keperawatan mengatur posisi semi fowler pasien 1 dan pasien 2 mampu mengikuti dan melaksanakan sesuai dengan prosedur dan yang penulis ajarkan dari kedua pasien

mengatakan tindakan keperawatan mengatur posisi semi fowler ini mampu meningkatkan rasa nyaman dan mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien tersebut.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Andriani (2019) didapatkan bahwa ada pengaruh posisi semi fowler terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparotomi. Hal ini berkaitan dengan yang terjadi di lapangan dimana hasil evaluasi pada kedua pasien setelah dilakukan pengaturan posisi semi fowler didapatkan bahwa skala nyeri pasien berkurang.

Kolaborasi Pemberian Obat

Pada pasien 1 di hari pertama penulis melakukan pemberian obat 1 amp ketorolac yang di drip di infus RL dengan gtt 20 x/menit. Begitu pula pada hari kedua dan ketiga penulis melakukan pemberian obat yang sama. Pada pasien 2 di hari pertama penulis melakukan pemberian obat 1 amp ketorolac yang di drip di infus RL dengan gtt 20 x/menit. Begitu pula pada hari kedua dan ketiga penulis melakukan pemberian obat yang sama. Selama melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat pasien 1 dan pasien 2 kooperatif dan mengatakan bahwa pemberian obat dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien tersebut.

Berdasarkan penelitian Wahyuningtyas (2013) menunjukkan bahwa setelah dilakukannya implementasi seperti pemberian analgesik, pasien

mengungkapkan nyeri berkurang. Hal ini berkaitan dengan yang terjadi di lapangan dimana Hasil evaluasi pada kedua pasien setelah dilakukan kolaborasi pemberian obat anti nyeri didapatkan bahwa skala nyeri pasien berkurang.

diberikan bisa memberikan efek penyembuhan terhadap keluhan yang dirasakan pasien dan diberikan sesuai anjuran dokter.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Tindakan mengkaji nyeri yang telah dilakukan sangat efektif untuk mengetahui intensitas nyeri pasien dan untuk mengetahui tindakan selanjutnya yang akan dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri tersebut.
2. Tindakan teknik relaksasi napas dalam pada kedua pasien didapatkan bahwa nyeri pada pasien berkurang dikarenakan pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi napas dalam jika nyeri tersebut muncul.
3. Tindakan keperawatan mengatur posisi semi fowler pada kedua pasien didapatkan bahwa pasien mampu mengikuti dan melaksanakan sesuai dengan prosedur yang telah diajarkan. Kedua pasien mengatakan tindakan keperawatan mengatur posisi semi fowler ini mampu mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien tersebut.
4. Tindakan kolaborasi pemberian obat pada kedua pasien didapatkan bahwa nyeri pada pasien berkurang sehingga pasien merasa nyaman. Obat yang

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, E., & Susanti, Y. (2014). Efektifitas Terapi Imajinasi Terbimbing Dan Terapi Musik Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomi Akut Di Ruang Rawat Bedah RSUD Dr. Achmad Darwis Suliki.
- Amir, M.D., dan Poppi, N. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operatif Apendektomi di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi. *LENTERA: Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Keperawatan*, 3(1)
- Andriani, C. (2019). Pengaruh Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi di Ruang Mawar dan Kutilang di RSUD DR. Moeloek Provinsi Lampung. *Repository Poltekkes Tanjungkarang*
- Anggaraeni, A. (2016). Gambaran Tindakan Perawat pada Pasien Post Operasi dengan Nyeri di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. *Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Faridah, V. N. (2015). Penurunan Tingkat Nyeri Pasien Post Op Appendisititis dengan Tehnik Distraksi Nafas Ritmik. *Jurnal Kesehatan*, 7(2)
- Gedera, G. P., Kauppinen, R. M., & Le Louarn, S. (2015). Post-Operative Pain Management Methods and Nursing Role in The Relief of Pain of Total Knee Replacement Patients. *JAMK University of Applied Sciences*.
- Patasik, C.K., Jon, T., dan Julia, R. (2013). Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Guide Imagery Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 1(1)
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Volume 3. Jakarta: EGC
- Soewito, B. (2017). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Apendisititis di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuk Linggau Tahun 2017. *Jurnal Keperawatan*, 5(2)
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Wahyuningtyas, S. (2013). *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. H dengan Post Operasi Apendektomy atas Indikasi Appendiksitis di Bangsal Dahlia Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta*. Studi Kasus. Surakarta: STIKES Kusuma Husada
- Williams, L., & Wilkins. (2011). *Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Jakarta: PT Indeks

**PENGARUH PEMBERIAN TEHNIK RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP
PENURUNAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI
APPENDIKTOMI HARI PERTAMA DI RUANG BEDAH BLUD RSU DR.M.M
DUNDA LIMBOTO KABUPATEN GORONTALO TAHUN 2013**

*(The Influence of Deep Breathing Relaxation Techniques to Decrease Pain Intensity of First Day's
Appendectomy Post Operation Patients in Blud Surgical Room of Dr.MM Dunda Hospital, Limboto
Year 2013)*

Pipin Yunus

ABSTRACT

Appendicitis is an inflammation due to infection of the appendix or the appendix (appendix). This infection can lead to pus. When the infection gets worse, the appendix can rupture. Appendix is an intestinal tract clogged edges and protruding from the early part of the colon or cecum (cecum). On the surgical treatment of appendicitis. Complaints and symptoms that are often raised include surgical wound pain that is felt is often dealt with the pharmacology of anesthetic or analgesic drugs to suppress pain. The purpose of this study was to determine the Effect of Relaxation Breathing Techniques To Decrease Pain Intensity in Patients Post Operation Appendiktomi In First Day In Space Blud Surgical Hospitals Dr.MM Dunda Limboto. The study design used is descriptive research quasi-experimental design (Quasi-experimental) with one-group pretest-posttest design, the test in the absence of a comparison group (control). Population and sample are all postoperative patients Appendiktomi First Day In Space Blud Surgical Hospitals Dr.MM Dunda Limboto the 15 patients with a total sample of 15 patients. Sampling technique with consecutive sampling technique. Analysis carried out in stages (1) Univariate analysis using frequency distributions. (2) Analysis of the relationship between variables Bivariat for using statistical analysis test chi-square test, in order to determine the relationship of the study variables with a significance value (p value) <0.05 or (5%). Test using the test statistic T dependent reportedly seen the mean difference between the measurements before and after standr deviation is 0.60 and 0.632. P values obtained value is equal to 0.0003 because of p <0.05 No Effect of the Relaxation Breathing Techniques To Decrease Pain Intensity in Patients Post Operation Appendiktomi In First Day In Space Blud Surgical Hospitals Dr.MM Dunda Limboto

Keywords: *Relaxation Techniques Giving Breath In, decrease Pain intensity*

PENDAHULUAN

Nyeri merupakan permasalahan yang sering terjadi dalam perawatan luka. Penggantian balutan pasca operatif merupakan salah satu tindakan yang menyebabkan rasa sakit saat perawatan luka, bahkan untuk luka yang ditutup secara bedah sekalipun, hal ini karena *eksudat* dapat merembes ke dalam balutan dan mengering, sehingga menyebabkan perlekatan sedangkan area luka masih dalam *fase inflamasi*. Selain itu penggunaan larutan pencuci luka atau agen yang digunakan untuk antiseptik juga berdampak pada timbulnya nyeri (Marisson, 2003). Penanganan nyeri merupakan salah satu prinsip dalam perawatan luka, selain itu kenyamanan juga merupakan salah satu kebutuhan dasar yang menjadi hak klien dan harus dipenuhi oleh perawat. Untuk itu perawat perlu menerapkan tehnik penanganan nyeri untuk mengantisipasi atau meminimalkan nyeri dan ketidaknyamanan yang terjadi agar perawatan luka dapat dilakukan secara optimal. Tidak optimalnya perawatan luka akan berdampak pada terjadinya komplikasi luka seperti infeksi dan penundaan penyembuhan luka, sehingga penyembuhan luka menjadi lambat yang pada akhirnya berdampak pada perawatan, waktu, dan biaya yang tidak sedikit. Secara umum nyeri adalah suatu perasaan yang tidak menyenangkan dan respon emosional terhadap suatu rangsangan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan. Penyebab nyeri pasca bedah diantaranya karena kerusakan jaringan akibat tindakan pembedahan. Yang tergolong stimuli kimiawi terhadap nyeri adalah *histamine, bradikinin, prostaglandin* dan bermacam asam. Sebagian bahan tersebut dilepas oleh jaringan yang rusak, *anoksia* (Prihardjo:1993). Jaringan yang rusak akan kekurangan suplay oksigen (*anoksia*), dan memerlukan tindakan/intervensi yang dapat mengurangi ketidaknyamanan.

Menurut Perry & Potter (1997). Tehnik relaksasi mengerahkan individu dengan pengendalian diri ketika perasaan sakit atau kegelisahan terjadi. Tehnik relaksasi dapat digunakan pada tahapan manapun terhadap suatu penyakit atau kesehatan, klien yang menggunakan tehnik relaksasi dengan sukses mengalami beberapa perubahan tingkah laku dan fisiologis.

Terjadinya apendisitis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun terdapat banyak sekali faktor pencetus terjadinya penyakit ini. Diantaranya obstruksi yang terjadi pada *lumen apendiks*. Obstruksi pada lumen apendiks ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (*fekalit*), hipeplasia jaringan *limfoid*, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, *cancer primer dan striktur*. Namun yang paling sering menyebabkan obstruksi lumen apendiks adalah *fekalit* dan *hiperplasia jaringan limfoid* (Irga, 2007).

Tujuan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada pasien Post Operasi Appendiktomi.

METODE

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto dari tanggal 9 oktober sampai 9 november tahun 2013. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini yakni variabel bebas dan variabel terikat. Yang merupakan variabel bebas adalah Penurunan Intensitas Tingkat Pada Pasien Post Operasi Appendektomi Hari Pertama sebelum diberikan Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan variabel terikat adalah Penurunan Respon Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendektomi Hari Pertama sesudah diberikan Teknik Relaksasi Nafas Dalam. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *consecutive* sampling (berurutan) dengan menetapkan sampel yang memenuhi kriteria penelitian yang dijadikan sebagai sampel dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi dengan sampel adalah pasien post oprasi appendiktomi hari pertama yang memenuhi kriteria inklusi.

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Analisis univariat dan analisis bivariat dimana analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum dengan cara mendeskripsikan tiap variabel dalam penelitian sedangkan Analisis bivariat adalah Analisa data dilakukan dengan menggunakan *uji T* beda dua mean dependent, yang digunakan untuk menguji perbedaan mean antara dua kelompok data yang dependent diketahui nilai deviasinya (d) untuk selisih sampel 1 dan sampel 2 atau rata – rata deviasi dari nilai deviasinya, dari data selanjutnya dihitung standar deviasi ($SD-d$).

HASIL

Dalam analisa univariat ini menjelaskan secara deskriptif mengenai variabel-variabel penelitian secara deskriptif meliputi karakteristik demografi klien, dalam penelitian ini yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto. Data distribusi umur responden terbanyak di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto adalah dibawah dari 25 tahun yaitu sebesar 8 orang (53,3%). Dan dari data jenis Kelamin responden di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda

Limboto sebagian besar jenis kelamin laki-laki sebesar 8 orang (53,3%). Dilihat dari data pendidikan menurut jenis Kelamin responden di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto sebagian besar jenis kelamin laki-laki sebesar 8 orang (53,3%). Dilihat dari data pendidikan bahwa pekerjaan responden di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto sebagian besar tidak bekerja sebesar 8 orang (52,9%). Dari data Distribusi Penurunan Tingkat

Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomi dapat di jelaskan bahwa

Intensitas Nyeri Saat Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomi hari Pertama Sebelum Intervensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam sebagian besar mempunyai kualitas yang nyeri sangat berat sebesar 7 orang (46,7%) dan yang mempunyai nyeri berat sebesar 8 orang (53,3%). Penurunan Tingkat

Nyeri Pada Pasien Post Operasi

Apendiktomi hari Pertama sesudah Intervensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam sebagian besar mempunyai kualitas yang nyeri sedang sebesar 4 orang (26,7%), nyeri berat sebesar 8 orang (53,3%) dan nyeri sangat berat sebesar 3 orang (20,0%). Hal ini menunjukkan adanya Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi hari Pertama sesudah Intervensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Pada analisa bivariat penelitian ini menggunakan desain penelitian one group pre tes post test untuk mengetahui Pengaruh Tehnik Relaksasi terhadap terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi hari Pertama sesudah Intervensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam dengan menggunakan *uji T dependent*. Hasil uji analisa data dengan menggunakan uji statistic *t paired test* dengan bantuan SPSS, dimana nilai $\alpha \leq 0,05$, didapatkan nilai signifikansi $p = 0,003$. Karena nilai $p < \alpha$ ($0,003 < 0,05$), maka H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap penurunan Tingkat Nyeri pada pasien Post Operasi Apendiktomi hari Pertama di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto.

Distribusi Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi terlihat statistik deskriptif berupa rata – rata frekuensi tingkat nyeri *Pre test* dan *Post test*. Variabel pada tingkat nyeri sebelum tehnik relaksasi nafas dalam yaitu tingkat nyeri pada tingkat nyeri berat sekali dan berat, dengan Mean frekuensinya adalah 4,53 dengan standar deviasi 0,516 sedangkan pengukuran mean post intervensi teknik relaksasi nafas dalam menunjukan frekuensi tingkat nyeri mengalami penurunan, yaitu sebesar 3,93 dengan standar deviasi 0,704 dan variabel tingkat nyeri adalah pada tingkat sedang, berat dan berat sekali.

Dilihat dari statistik dengan menggunakan *uji T dependent* dilaporkan terlihat mean perbedaan antara pengukuran sebelum dan sesudah adalah 0,60 dengan standar deviasi 0,632 Nilai *P value* yang didapat yaitu sebesar 0,003 oleh karena $p < 0,05$ maka ada Pengaruh Teknik Relaksasi terhadap penurunan Apendiktomi hari Tingkat Nyeri pada pasien Post Operasi Pertama di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto. Teknik relaksasi pernafasan merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002).

Teknik relaksasi pernafasan dapat menghilangkan nyeri post operasi, karena aktivitas-aktivitas di serat besar dirangsang oleh tindakan ini, sehingga gerbang untuk aktifitas serat berdiameter kecil (nyeri) tertutup (Smeltzer & Bare, 2002). Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Latihan relaksasi dikembangkan dari konsep bahwa stress dengan kecemasan tidak terjadi bila otot-otot tubuh relaksasi. Relaksasi bukan pengobatan, melainkan dapat membantu meminimalkan dampak stress dan memberi pasien perasaan terkontrol.

Dari hasil uji statistik tersebut ada perbedaan sebelum dan sesudah intervensi tehnik relaksasi nafas dalam pada pasien pada pasien Post Operasi Apendiktomi hari Pertama. Teknik relaksasi nafas dalam dapat memberikan oksigen yang banyak dalam tubuh sehingga dapat memblok dan mengurangi nyeri yang dirasakan. Teknik relaksasi nafas dalam membuat seorang merasa rileks dan nyaman sehingga dapat mengurangi ketegangan dan perasaan cemas. Hasil tersebut dapat digambarkan pada responden di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Dr.M.M Dunda yakni dengan adanya penurunan tingkat nyeri seperti pada tingkat nyeri dengan skala berat dan berat sekali dan setelah intervensi mengalami penurunan menjadi skala tingkat nyeri sedang dan berat.

Berdasarkan Hasil uji analisa data dengan menggunakan *uji statistic t paired test* dengan bantuan komputer, dimana nilai $\alpha \leq 0,05$, didapatkan nilai signifikansi $p = 0,003$.

Karena nilai $p < \alpha$ ($0,003 < 0,05$), maka H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian tehnik relaksasi nafas berpengaruh terhadap penurunan Tingkat Nyeri pada pasien Post Operasi Apendiktomi hari Pertama di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto.

KESIMPULAN

Gambaran karakteristik responden berdasarkan data demografi pada responden yang diberikan tehnik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan Tingkat Nyeri pada pasien Post Operasi Apendiktomi hari Pertama di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Dr.M.M Dunda yaitu : Usia yang terbanyak adalah usia diatas 25 tahun yaitu sebesar 8 orang (53,3%), jenis kelamin laki-laki sebanyak 8 orang (53,3%), pendidikan terbanyak adalah SMU sebesar 7 orang (46,7%) dan dalam pekerjaan adalah yang tidak bekerja sebesar 8 orang (53,3%). Dilihat dari statistik dengan menggunakan *uji T dependent* dilaporkan terlihat mean perbedaan antara pengukuran sebelum dan sesudah adalah 0,60 dengan standar deviasi 0,632. Nilai *P value* yang didapat yaitu sebesar 0,003 oleh karena $p < 0,05$ maka ada Pengaruh Teknik Relaksasi terhadap penurunan Tingkat Nyeri pada pasien Post Operasi Apendiktomi hari Pertama di Ruang Bedah BLUD RSUD Dr.M.M Dunda Limboto.

DAFTAR PUSTAKA

Marisson, 2003, Pengertian nyeri. <http://wordpress.com>, di akses 12 September

2012

Irga, 2007. *Pengertian Apendisitis*. <http://xhildrenclinic.wordpress.com>, di

akses 12 September 2012

Perry & Potter, 1997. *Tehnik Relaksasi Nafas dalam*, [http://xhildren clinic.wordpress.com](http://xhildrenclinic.wordpress.com), di akses 12

September 2012

Nursalam, 2003, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Edisi 1, Salemba

Medikal, Jakarta

Prihardjo R, 1993, *Perawatan Nyeri*

Pemenuhan Aktivitas Istirahat Pasien, EGC,

Jakarta

BAB 4-6 revisian 10 juli

by Ririn Dwi Anggesti

Submission date: 20-Jul-2023 09:25AM (UTC+0700)

Submission ID: 2133830740

File name: BAB_4-6_revisian_10_juli.docx (222.54K)

Word count: 7091

Character count: 38985

BAB IV
TINJAUAN KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.H DENGAN POST OPERASI
APPENDISITIS DENGAN IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI
NAFAS DALAM DI RUANG BEDAH(ANGGREK) RSUD REJANG
LEBONG TAHUN 2023**

4.1. Pengkajian

4.1.1. Identitas pasien

- a. Nama Klien : An.H
- b. Usia : 10 Tahun
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Alamat : Manai Blau, Lebong
- e. Golongan darah : B
- f. Status Perkawinan : Belum kawin
- g. Agama : Islam
- h. Suku Bangsa : Rejang
- i. Pendidikan : SD
- j. Pekerjaan : Belum bekerja
- k. Sumber informasi : Klien dan Keluarga
- l. Tanggal MRS : 30 Mei 2023, 16.30 WIB
- m. Tanggal pengkajian : 31 Mei 2023
- n. Diagnosa Medis : Apendiksitis Perforasi

1 Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Tn.H
- b. Usia : 45 tahun
- c. Pendidikan : SLTA
- d. Pekerjaan : Petani
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Manai Blau,Lebong

1 4.1.2 Riwayat Keperawatan

1 I. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama MRS

Klien datang ke IGD RSUD Rejang Lebong rujukan dari RSUD Lebong pada tanggal 30 Mei 2023 pukul 16.30 WIB, datang dengan keluhan nyeri seluruh lapang perut sejak hari sabtu, nyeri awalnya dirasakan di perut kanan bawah pada jumat, disertai demam,mual,muntah (muntah berwarna hijau), mencret terakhir pagi 1x feses cair.

1 b. Keluhan Saat Ini

Pada tanggal 31 Mei 2023 dilakukan pengkajian pada pukul 10.30 WIB, klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di bagian perut, pembedahan laparotomy dengan luka insisi dari abdomen atas ke arah bawah dengan panjang sekitar kurang lebih 15cm, dengan terpasang drain di abdomen kanan didekat luka operasi. nyeri seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan \pm 5 menit, nyeri berulang dengan skala nyeri 6 (skala 1-10), klien juga mengeluh sulit bergerak karena nyeri luka operasi, perut kembung, pada hari ke-2 Kamis 01 Juni 2023 klien mencret \pm 10 kali dari jam 20.00-07.00 WIB, feses cair dan ada ampas, saat TTV suhu klien mengalami peningkatan yaitu 38,4C.

c. Keluhan Kronologis

a) Faktor Pencetus

Nyeri timbul akibat luka post operasi, nyeri luka seperti disayat-sayat skala nyeri 6, akibat nyeri tersebut klien sulit bergerak dan perut kembung.

b) Timbulnya Keluhan

Provokasi/Paliatif(P) : Nyeri Akut

Qualitas/Quantitas(Q) : Nyeri seperti disayat-sayat

Region/Radiasi(R) : Nyeri dirasakan di perut pada luka post operasi dari perut atas ke bawah

Skala Severitas(S) : Skala 6 (skala 1-10)

Timing(T) : Nyeri berlangsung ± 5 menit dan nyeri berulang

c) Upaya Mengatasi : Tidak ada

2. Riwayat Keluhan Masa Lalu

a. Riwayat Alergi

Keluarga klien mengatakan An.H memiliki alergi makanan yang bercampur udang, An.H tidak memiliki Riwayat alergi obat-obatan

b. Riwayat Kecelakaan

Keluarga mengatakan klien tidak memiliki Riwayat kecelakaan.

c. Riwayat Dirawat di Rs

Keluarga mengatakan An.H pernah dirawat di RS saat usia 3 tahun karena stop/kcjang demam.

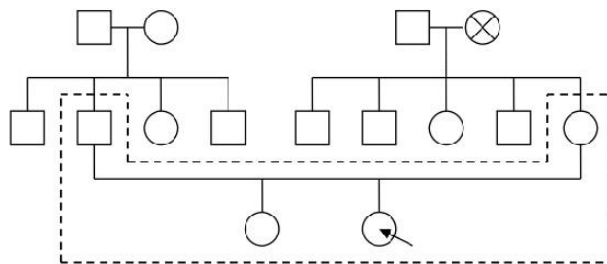
d. Riwayat Operasi

Keluarga mengatakan baru sekali ini menjalani operasi.

- 1
e. Riwayat Pemakaian Obat
Keluarga mengatakan tidak menggunakan obat rutin

- f. Riwayat Riwayat Merokok
Klien tidak merokok

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram Dan Keterangan)



Keterangan:

laki-laki = □

Laki-laki meninggal = ⊠

Perempuan = ○

Perempuan meninggal = ⊙

Pasien = ↗

Tinggal serumah = ----

4. Penyakit yang pernah diderita

Keluarga mengatakan bahwa di dalam keluarga nya hanya An.H yang menderita penyakit tersebut. Tidak ada penyakit menular dan penyakit keturunan, tidak ada penyakit pada keluarga yang menjadi factor resiko pada klien.

1
5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- a. Adanya orang terdekat : Ayah, ibu dan kakaknya

b. Interaksi dalam Keluarga

- 1) Pola komunikasi

Komunikasi klien dan **keluarga baik**, terlihat saat klien berada dirumah sakit keluarga selalu mendampingi.

2) Pembuatan keputusan

Keluarga mengatakan pengambil keputusan adalah ayah dari An.H yaitu Tn.H dan masalah dimusyawarahkan dengan keluarga.

3) Kegiatan kemasyarakatan

Saat di rumah klien aktif di masyarakat seperti kegiatan mengaji, namun setelah sakit klien jarang berinteraksi dengan masyarakat.

c. Dampak penyakit pasien

Klien mengatakan takut jika penyakitnya akan mengulang lagi.

d. Masalah yang mempengaruhi

Keluarga mengatakan cemas atas penyakit yang diderita anaknya karena belum pernah sebelumnya, klien dan keluarga kurang mengerti tentang penyebab penyakit yang diderita An.H karena tidak terlalu mengontrol jajanan yang dimakan oleh An.H.

1
e. Persepsi Pasien Terhadap Penyakitnya

1) Hal yang sangat dipikir

Klien mengatakan takut penyakitnya dapat mengulang lagi, dan takut jika suatu saat akan di operasi lagi.

1
2) Harapan telah menjalani

Klien mengatakan ingin **cepat sembuh dan pulang kerumah** dan bisa masuk ke sekolah lagi.

3) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit

Klien menjadi ketergantungan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari seperti makan, eliminasi dan aktivitas lainnya.

f. Sistem Nilai Kepercayaan

1) Nilai-nilai yang dianut

Klien beragama islam, dan menjalankan ibadah sesuai dengan norma yang diajarkan.

2) Aktivitas agama

Selama ini jika dirumah An.H rajin mengaji dan solat bersama teman-temannya, semenjak sakit dan dirawat klien tidak pernah solat dan mengaji lagi.

g. Pola Kebiasaan :

Tabel 4.1 Pola Kebiasaan Sehari-hari

No.	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola Nutrisi : 1. Frekuensi Makan 3x/Hari 2. Nafsu Makan Baik/Tidak Alasan 3. Porsi Makan yang Dihabiskan 4. Makan yang Tidak Disukai 5. Makanan yang Membuat Alergi 6. Makanan Pantangan 7. Penggunaan Obat-Obatan Sebelum Makan 8. Penggunaan Alat Bantu (NGT, DII)	3kali/hari Baik 1 piring tidak ada Uduang Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Makan 3x Menurun ¼ porsi tidak ada Uduang Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
2	Pola Eliminasi 1. B.A.K : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan Alat Bantu 2. B.A.B a. Frekuensi	Tidak menentu Normal Tidak ada Tidak ada 1x/hari	2 kali Normal Tidak ada Tidak ada 6x/hari

	<ol style="list-style-type: none"> b. Waktu c. Warna d. Konsistensi e. Keluhan f. Penggunaan <i>Laxatif</i> 	Pagi hari Kekuningan Lembut Tidak ada Tidak ada	Malam-pagi Kekuningan Cair Mencret Tidak ada
3	Pola Personal <i>Hygiene</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mandi <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral <i>Hygiene</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci Rambut <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Waktu 	2x/hari Pagi dan sore 3x/hari Pagi,sore,malam 1x/hari Sore hari	2x/hari(dilap) Pagi dan sore 1x/hari Pagi Belum ada Belum ada
4	Pola Istirahat dan Tidur <ol style="list-style-type: none"> 1.Lama Tidur Siang : 2.Lama Tidur Malam : 3. Kebiasaan Sebelum Tidur 	2jam/hari 7 jam/hari Menonton TV	25 menit 2 jam Tidak ada
5	Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan Merokok : Ya /Tidak <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Jumlah Minuman Keras : Ya/Tidak <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Jumlah c. Lama Pemakaian 	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada

4.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Tingkat kesadaran : *Compos Mentis*
- c. Glasgow Coma Scale (GCS) : 15 (E:4 V:5 M:6)
- d. Berat Badan : 40kg
- e. Tinggi Badan : 139,2 cm
- f. Tekanan darah : -
- g. Nadi : 101x/mnt
- h. Frekuensi Nafas : 22x/mnt
- i. Suhu Tubuh : 36,6 °C

2. Sistem Penglihatan

- a. Posisi Mata : Normal, simetris antara kiri dan kanan.
- b. Pergerakan Bola Mata : Klien dapat menggerakkan bola mata dengan baik
- c. *Konjungtiva* : Saat di inspeksi konjungtiva klien sedikit pucat
- d. *Sclera* : An ikterik, sclera berwarna putih tidak kekuningan
- e. *Pupil* : Isokor, pupil pada kedua mata besarnya sama
- f. Otot-Otot Mata : Baik, pergerakan bola mata baik
- g. Fungsi Penglihatan : Baik, klien dapat melihat dengan jelas

- h. Tanda-Tanda Radang : Tidak ada peradangan pada mata.
- i. Pemakaian Kaca Mata : Klien tidak memakai kacamata
- j. ¹ Pemakaian Lensa Kontak : Klien belum pernah pakai lensa kontak
3. Sistem Pendengaran
- a. Kondisi Telinga Tengah : Bersih, tidak ada kotoran
- b. Cairan Dari Telinga : Tidak ada peneluaran secret/cairan
- c. Perasaan Penuh Di Telinga : Tidak ada
- d. *Tinnitus* : Tidak dikaji
- e. Fungsi Pendengaran : Baik, klien masih dapat mendengar dengan jelas
- f. Gangguan Keseimbangan : Tidak ada ¹ gangguan keseimbangan
- g. ¹ Pemakaian Alat Bantu : Tidak ada pemakaian alat bantu dengar
4. Sistem Pernafasan
- a. Jalan Nafas : Tidak ada sumbatan pada jalan nafas
- b. Penggunaan otot bantu : Tidak ada
- c. Frekuensi : 22x/menit
- d. Irama : Reguler, irama nafas teratur
- e. Jenis Pernafasan : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan (whezing, ronchi, stridor)
- f. Batuk : Tidak ada
- g. *Sputum* : Tidak ada
- h. Terdapat Darah : Tidak ada

i. Suara Nafas : Normal, tidak ada suara nafas tambahan

5. Sistem Kardiovaskular

a. Sirkulasi Perifer

1) Frekuensi Nadi : 101x/menit

a) Irama : Teratur

2) *Distensi Vena Jugularis*

a) Kanan : Tidak ada pembesaran vena jugularis

b) Kiri : Tidak ada pembesaran vena jugularis

c) *Temperature Kulit* : 36,6 °C

3) Warna Kulit : Putih langsung

4) *Edema* : Tidak ada edema

5) *Capillary Refill Time (CRT)* : <2detik

b. Sirkulasi Jantung

1) Sakit Dada : Tidak ada

6. Sistem Hematologi

a. Gangguan Hematologi

1) Pucat : Tidak ada

2) Perdarahan : Tidak ada

7. Sistem Pencernaan

a. Keadaan Mulut

1) Gigi : Gigi berlubang 2

- 2) Gigi Palsu : Tidak ada
 3) Lidah Kotor : Lidah bersih tidak ada kotor

- b. Mukosa bibir : Sedikit Pucat
 c. Muntah : 1x muntah berwarna hijau
 d. Nyeri Daerah Perut : Nyeri pada luka operasi, skala nyeri 6
 e. Konsistensi *Feces* : Di hari kedua klien mencret feces cair dan ada ampasnya
 f. Terpasang Nasogastric Tube (NGT) : Tidak ada

g. Abdomen

Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, terdapat luka operasi dengan panjang ± 15 cm dan terpasang drain di abdomen kanan klien di dekat luka operasi, saat di perkusi perut kembung.

P : Nyeri akut

Q : Nyeri seperti disayat-sayat

R : Di luka operasi di perut bagian atas ke bawah

S : Skala nyeri 6 (skala 1-10)

T : durasi nyeri ± 5 menit dan nyeri berulang

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran Kelenjar Tyroid : Tidak ada
 b. Nafas Berbau Keton : Tidak ada bau nafas
 c. Luka Ganggren : Tidak ada luka ganggren

9. Sistem Urogenital

a. Perubahan Pola Kemih

- B.A.K : Saat sakit klien bak ± 2 x/hari
 Warna : Kuning pucat

- Jumlah : -
- b. Distensi/Ketegangan : Saat diperkusi perut kembung
- c. Keluhan Sakit Pinggang : Tidak ada

10. Sistem Integumen

- a. Turgor Kulit : Elastis
- b. Warna Kulit : Putih langsung
- c. Keadaan Kulit
- 1) Luka, Lokasi : Luka Operasi, dibagian abdomen atas sampai bawah luka \pm 15cm dan terpasang drain di sebelah kanan dekat luka operasi
 - 2) Insisi Operasi, Lokasi : Laparotomy
 - 3) Kondisi : Luka baik dan diperban
 - 4) Gatal-Gatal : Tidak ada
 - 5) Kelainan Pigmen : Tidak ada
 - 6) Dekubitus, Lokasi : Tidak ada
- d. Kelainan Kulit : Tidak ada kelainan pada kulit
- e. Kondisi Kulit Daerah infus : Terpasang infus di sebelah tangan kanan klien menggunakan cairan Futrolit gtt 20 tpm

11. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kesulitan Dalam Pergerakan : Nyeri saat bergerak karena luka operasi

- 1**
b. Sakit Tulang, Sendi, Kulit : Tidak ada nyeri pada tulang, sendi dan kulit
- c. Fraktur : Tidak ada
- d. Keadaan Tonus : Normal
- e. Kekuatan Otot :

555	555
444	444

Keterangan :

- 1**
1) Skala 5: Mampu menggerakkan sendi dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh.
- 2) Skala 4: Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang.
- 3) Skala 3: Hanya mampu melawan gaya gravitasi
- 4) Skala 2: Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerak pasif).
- 5) Skala 1: Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakkan persendian.

12. Ekstremitas

a. Ekstremitas Atas

Terpasang IvFD Futrolit gtt 20tt/i di tangan kanan klien, tidak terdapat edema, tidak ada kemerahan pada area pemasangan.

b. Ekstremitas Bawah

Turgor kulit baik, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema.

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium, tanggal 30 Mei 2023

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	
			Pria	Wanita
Haemoglobin	13,9	g/dl	14-18 gr/dl	12-16 gr/dl
Hematokrit	38	%	35-48%	34-42%
Trombosit	288.000	uL	150.000	150.000
Leukosit	11.600	uL	3800-10.600	3600-11.000

Tabel 4.3 Penatalaksanaan pemberian terapi obat

Hari / tanggal	Nama obat	Dosis obat
Rabu, 31 Mei 2023	1. IvFD Futrolit 2. Inj Anbacim 3. Esomax 4. Metronidazole flash 5. Paracetamol flash 6. Ondansentron	1. gtt 20 tpm 2. 2x1 3. 1x1 4. 3x1 5. 3x600gr 6. 2x ½ amp
Kamis, 1 Juni 2023	1. IvFD Futrolit 2. Inj Anbacim 3. Esomax 4. Metronidazole flash 5. Paracetamol flash 6. Ondancetron 7. L-Bio	1. gtt 20 tpm 2. 2x1 3. 1x1 4. 3x1 5. 3x600gr 6. 2x ½ amp 7. 3x1
Jum'at, 2 Juni 2023	1. IvFD Futrolit 2. Inj. Anbacim 3. Esomax 4. Metronidazole flash 5. Paracetamol flash 6. Ondancetron 7. L-Bio	1. gtt 20 tpm 2. 2x1 3. 1x1 4. 3x1 5. 3x600gr 6. 2x ½ amp 7. 3x1

Keterangan :

Tabel 4.4 Fungsi obat

No	Obat	Fungsi
1.	IvFD Futrolit	Untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, cairan, dan elektrolit pada sebelum, selama, dan sesudah operasi.
2.	Anbacim	Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri.
3.	Esomax	Obat untuk mengatasi masalah pada lambung
4.	Metronidazole flash	Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri
5.	Paracetamol flash	Mengatasi keluhan seperti demam, nyeri dan sakit kepala
6.	Ondacentron	Untuk mencegah mual, muntah akibat pembedahan
7.	L-Bio	Mengobati masalah pencernaan seperti diare

3.	<p>Ds : 1. Keluarga mengatakan klien mencret, defekasi dari jam 20.00-07.00 wib sebanyak 10x</p> <p>2. Klien mengatakan feses cair ada ampas</p> <p>Do : 1. Saat di perkusi perut klien kram,kembung</p> <p>2. Feses cair ada ampas</p> <p>3. Defekasi 10x dari malam hingga pagi</p> <p>4. Leukosit 11.600 uL</p>	Proses infeksi	Diare (D.0020)
4.	<p>Ds: 1. Ibu klien mengatakan anaknya hangat sejak subuh dini hari</p> <p>Do: 1. Suhu tubuh klien diatas nilai normal</p> <p>TTV</p> <p>TD :-</p> <p>RR : 22x/m</p> <p>HR : 93x/m</p> <p>SB : 38,4 °C</p> <p>2. Kulit terasa hangat</p>	Proses penyakit (diare)	Hipertermia (D.0130)

4.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. RM : 246842
Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis perforasi
Ruangan : Anggrck

Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	31 Mei 2023	03 Juni 2023
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	31 Mei 2023	02 Juni 2023
3.	Diare b.d Proses infeksi (D.0020)	01 Juni 2023	03 Juni 2023
4.	Hipertermia b.d proses penyakit(diare) (D.0130)	01 Juni 2023	02 Juni 2023

4.4 INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H
 Umur : 10 tahun
 Ruangan : Anggrek

No. MR : 246842

Dx. Medis : Apendiksitis perforasi

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5) 3. Frekuensi nadi membaik(5)	Intervensi Utama : Manajemen Nyeri 08238 Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan

			<p>analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri (D:0054)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun (5) 2. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 3. Gerakan terbatas (5) 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Dukungan Mobilisasi I05173</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

3.	Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Eliminasi Fekal membaik dengan kriteria hasil : 1. Distensi abdomen menurun (5) 2. Konsistensi feses membaik (5) 3. Frekuensi defekasi membaik (5)	<p>4. Kelemahan fisik (5)</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)</p> <p>2. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur,duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi).</p>
3.	Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Eliminasi Fekal membaik dengan kriteria hasil : 1. Distensi abdomen menurun (5) 2. Konsistensi feses membaik (5) 3. Frekuensi defekasi membaik (5)	<p>Intervensi utama</p> <p>Manajemen Diare</p> <p>I03101</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab diare (mis. Infamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi,malabsorpsi,ansietas,stress,obat-obatan)</p>

	<p>7</p> <p>Identifikasi Riwayat pemberian makanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 3. Monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT \leq 2 elambat, BB turun) 4. Monitor jumlah pengeluaran diare 5. Monitor keamanan penyiapan makanan Terapeutik 6. Monitor keamanan penyiapan makanan <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (mis. Larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte) 2. Pasang jalur intravena 3. Berikan cairan intravena (mis. Ringer asetat, ringer laktat) jika perlu 4. Ambil sampel darah darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan hindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat)

4.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik , dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Suhu tubuh membaik (5) 2.Suhu kulit membaik (5) 3. Tekanan darah dan ventilasi membaik (5) 	<p>2. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis.papaverin, cksrak beladonna,mebeverine)</p> <p>3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis.atapulgit,mektit, kaolin-pektin)</p> <p>Intervensi utama :</p> <p>Manajemen Hipertermia I.15506</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Identifikasi penyebab hipertermia. (Misal. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor kadar haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Sediakan lingkungan yang dingin. 2.Longgarkan atau lepaskan pakaian 3.Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4.Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis(keringat berlebih) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
----	--	---	---

4.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi hari ke-1

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan

Tgl	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Rabu 31 Mei 2023	1,2,3, 4	10.30	1. Melakukan pengkajian dengan An.H	1. Klien dan keluarga menjawab pertanyaan
	1.2	10.30	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri	2. P : nyeri pada luka operasi Q : Seperti disayat-sayat R : nyeri dirasakan sekitar perut atas sampai bawah S : Skala nyeri 6 T : Nyeri berlangsung ± 5 menit dan nyeri berulang
	1	10.30	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	3. Klien tampak meringis
	1	10.30	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri	4. Klien mengatakan faktor yang memperberat rasa nyeri yaitu bergerak dan ditekan
	1.2	10.40	5. Memantau cairan drainase	5. Cairan ± 10cc berwarna kuning
	1	12.00	6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam)	6. An.H dapat melakukan teknik nafas dalam sebanyak 5-6 kali dalam waktu 5 menit dalam 3 hitungan

1,2	12.00	7. Mengkolaborasi pemberian obat	7. -Injeksi Anbacim 2x1 gr (12.00 dan 24.00 wib) -Injeksi esomax - Metronidazole flash 500mg -Paracetamol flash 3x 600gr (12.00,20.00, dan 04.00 wib) -Ondansentron ½ amp
1	12.00	8. Mengevaluasi skala nyeri An.H	8. Skala nyeri klien 5 (skala 1-10)
2	13.00	9. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	9. An.H mengatakan nyeri pada bagian perut karena luka post operasi, klien mengatakan ketika bergerak akan terasa nyeri.
2	13.00	10. Melihat kondisi umum klien	10. Klien tampak lemah saat di perkusi perut klien kembung
2	13.00	11. Mengajarkan klien untuk mulai melakukan posisi miring kiri dan kanan 10-15 menit ke posisi lainnya dan bertahap.	11. Keluarga mengerti dan membantu An.H untuk mobilisasi, dan An.H melakukan mobilisasi sesuai anjuran perawat
2	13.00	12. Menjelaskan tujuan melakukan mobilisasi sederhana kepada klien dan keluarga secara berangsur dan bertahap.	12. Keluarga memahami dan melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat

Implementasi hari ke-2

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Tanggal	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Rabu-Kamis 31 Mei- 01 Juni 2023(din as malam sampai pagi)	1	19.30 - 09.30 Wib	1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. P : nyeri pada luka postop Q : Seperti disayat-sayat R : nyeri dirasakan sekitar 1 perut atas sampai bawah S : Skala nyeri 4 T : Nyeri berlangsung ± 5 menit dan nyeri berulang.
	1	19.30	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2. Klien tampak meringis
	1	19.30	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri	3. Klien mengatakan jika bergerak masih terasa nyeri
	1,2	19.30	4. Mengajarkan klien terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri	4. Klien melakukan tarik nafas dalam dengan baik
	1,2	19.30	5. Melihat kondisi luka dan memonitor drainase	5. Perut klien masih kembung, luka masih tertutup perban, cairan drainase ± 7cc
	1	19.30	6. Memantau apakah An.H sudah belajar mobilisasi	6. Keluarga mengatakan An.H sudah melakukan miring kanan dan miring kiri

1	19.30	7. Mengajarkan klien untuk mulai belajar duduk di samping tempat tidur selama 5 menit dan bertahap.	7. Keluarga mengatakan besok untuk melakukannya
1	20.00	8. Memberikan obat antibiotic (20.00)	8. IV metronidazole flash dan paracetamol flash (3x600gr)
1	23.50	9. Mengkaji skala nyeri klien	9. Skala nyeri 3
1,2,3,4	24.00	10. Memberikan kolaborasi pemberian obat	10. Inj Anbacim dan Ondansentron ½ amp
3,4	05.00	11. Monitor TTV klien dan menyakan keluhan klien	11. TTV : TD : - RR : 21x/m T : 38,4 HR : 90x/m Keluhan : Keluarga klien mengatakan semalam mencret ± 10x
3	05.30	12. Monitor warna, volume dan, pengeluaran tinja	12. Keluarga mengatakan dari jam 20.00-07.00 wib An.H mencret sebanyak 10x feses cair dan ada ampasnya,feses berwarna kuning.
4	05.30	13. Memantau suhu tubuh klien	13. Saat di cek suhu klien 38,4 derajat celcius
3,4	06.00	14. Mengidentifikasi penyebab hipertermia	14. Penyebabnya adalah dehidrasi akibat mencret atau diare
3,4	07.00	15. Memberikan kolaborasi pemberian obat pada klien untuk mengurangi keluhan	15. Memberikan Metronidazole flash, paracetamol flash dan obat L-Bio (3x1)
3,4	07.00	16. Mengajarkan dan mengedukasi	16. Keluarga melakukan anjuran perawat untuk

			klien dan keluarga untuk banyak minum air putih	memperbanyak minum air putih.
1,2	09.00	17.	Menganjurkan kepada keluarga untuk kompres jika klien masih panas	17. Keluarga mengerti dan melakukan anjuran perawat
1	09.00	18.	Melakukan gv pada klien sambil melihat kondisi luka	18. Luka tampak baik tidak ada tanda-tanda infeksi
1	09.00	19.	Mengkaji skala nyeri klien	19. Klien mengatakan masih nyeri namun tidak nyeri yang seperti kemarin, skala nyeri 3
1	09.00	20.	Menganjurkan klien untuk tarik nafas dalam apabila nyeri saat di gv	20. Klien melakukan tarik nafas dalam dengan baik

Implementasi hari ke-3

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Tgl	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Jum'at, 02 Juni 2023	1	09.00	1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,du rasi ,frekuensi ,skala,kualitas,dan intensitas nyeri pada klien An.H	1. P : nyeri pada luka op Q : Seperti disayat-sayat R: nyeri dirasakan sekitar perut atas sampai bawah S : Skala nyeri 3 T : Nyeri berlangsung \pm 3 menit dan nyeri hilang timbul.
	1	09.00	2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	2. Klien tampak tenang
	1	09.00	3. Melakukan gv pada An.H dan mengajarkan teknik nafas dalam saat gv sambil memantau luka dan drainase klien	3. Luka klien tampak baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, cairan drainase \pm 5cc berwarna kuning
	1	09.00	4. Mengajarkan klien teknik nonfarmakologis mengurangi nyeri (teknik tarik nafas dalam)	4. Klien melakukan sesuai dengan yang diajarkan yaitu melakukan teknik nafas dalam sebanyak 5-6x kali selama 5 menit
	3	09.30	5. Memantau apakah klien masih diare	5. Keluarga mengatakan klien masih mencret
	3	09.30	6. Monitor jumlah pengeluaran diare	6. Keluarga mengatakan klien masih mencret 6 kali dari semalam,feses cair dan masih ada ampas

4	09.30	7. Mengecek suhu tubuh klien untuk melihat klien masih demam atau tidak	7. T : 36,8 °C
2	09.30	8. Memantau mobilisasi klien	8. Keluarga mengatakan klien sudah mulai belajar duduk disamping tempat tidur dibantu dengan keluarga
2		9. Menganjurkan klien untuk mulai bergerak dan mobilisasi secara mandiri dan menganjurkan klien unruk mulai belajar berjalan setelah drain dilepas	9. Klien dan keluarga membantu An.H mobilisasi dan An.H mengatakan ingin dan bersemangat untuk sembuh
1,2, 3,4	09.45	10. Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih dan makan dengan porsi kecil namun bertahap	10. Keluarga mengatakan klien banyak minum air putih dan makan sudah mulai membaik
1,3, 4	12.00	11. Memberikan kolaborasi pemberian obat	11. – Inj Anbacim - Inj esomax - Metronidazole flash - Paracetamol flash (3x600gr) - L-Bio (3x1)
1	12.00	12. Mengkaji skala nyeri klien untuk mengevaluasi skala nyeri	12. Klien mengatakan nyeri sangat berkurang skala nyeri 3 (skala 1-10)

Implementasi hari ke-4

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrek

Tanggal	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Sabtu, 03 Juni 2023	1	09.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. P : nyeri pada luka op Q : nyeri tumpul R : nyeri di abdomen bekas operasi S : Skala nyeri 2 T : Nyeri hilang timbul
	1	09.00	2. Identifikasi respons nyeri non verbal	2. Klien tampak tenang
	1,2	09.00	3. Melakukan gv dan memantau perlukaan serta melepas drainase klien	3. Perlukaan klien baik tidak ada tanda-tanda infeksi, cairan drainase terakhir klien kurang lebih 3cc
	1	09.00	4. Mengajarkan klien untuk tarik nafas dalam saat nyeri dan mengedukasi melakukan secara mandiri dirumah apabila nyeri tiba-tiba muncul	4. Klien melakukan tarik nafas dalam dengan baik dengan melakukan sebanyak 5-6 kali dalam waktu 5 menit dengan 3 hitungan
	2	10.00	5. Mengajarkan klien untuk belajar berjalan karena drainase sudah dilepas	5. Klien mulai melakukan mobilisasi berjalan dibantu dengan keluarganya
			10.00	6. Memantau apakah klien masih mencret/diare

	10.05	7. Mengajarkan klien untuk banyak minum air putih dan makan dengan porsi kecil namun bertahap	7. Klien dan keluarga mengerti dengan anjuran perawat
	10.30	8. Mengkaji skala nyeri klien	8. Klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang dengan skala nyeri 2
	10.30	9. Up infus klien dan klien sudah diperbolehkan pulang karena sudah stabil dan tidak ada keluhan	9. Klien sudah dilepas infus dan sudah boleh pulang

4.6 EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Angrek

Evaluasi hari ke-1

Tgl/jam	NoDX	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
31-05-2023 14.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak dan dit tekan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - 1 : nyeri pada daerah luka operasi Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada abdomen atas sampai bawah S : Skala nyeri 5 T : nyeri berlangsung ± 5 menit dan nyeri berulang - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik - TTV TD :- RR :22x/m HR : 73x/m T : 36,6 <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Keluhan nyeri</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1 Keluhan nyeri		√				Meringis		√				Gelisah		√				Frekuensi nadi			√			Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
1 Keluhan nyeri		√																															
Meringis		√																															
Gelisah		√																															
Frekuensi nadi			√																														

14.00 WIB	2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Keluarga mengatakan An.H mulai melakukan miring kanan miring kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih berbaring lemah di tempat tidur - Saat di perkusi perut masih kembung <p>i Klien sudah bisa mika dan miki</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="608 763 1038 958"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,4,8,9</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Nyeri menurun		√				Pergerakan ekstremitas			√			Gerakan terbatas			√			Kelemahan fisik		√				Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Nyeri menurun		√																															
Pergerakan ekstremitas			√																														
Gerakan terbatas			√																														
Kelemahan fisik		√																															

1
EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Angreck

1
Evaluasi hari ke-2

Tgl/jam	NoDX	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
01-06-2023 09.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak dan ditekan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - 1 : nyeri pada daerah luka operasi Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada abdomen atas sampai bawah S : Skala nyeri 4 T : nyeri berlangsung ± 5 menit dan nyeri berulang - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik - TTV TD :- RR :21x/m 1R : 90x/m T : 36,8 <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1 Keluhan nyeri			√			Meringis			√			Gelisah				√		Frekuensi nadi				√		Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
1 Keluhan nyeri			√																														
Meringis			√																														
Gelisah				√																													
Frekuensi nadi				√																													

09.00 WIB	2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Keluarga mengatakan An.H belum mulai duduk di tempat tidur.masih miring kanan dan miring kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih berbaring lemah di tempat tidur - Saat di perkusi perut masih kembung - Klien sudah bisa miring kanan dan kiri secara mandiri <p>ⓧ Belum bisa duduk disamping tempat tidur</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="644 837 1066 1048"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,4,8,9</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Nyeri menurun			√			Pergerakan ekstremitas				√		Gerakan terbatas			√			Kelemahan fisik			√			Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Nyeri menurun			√																														
Pergerakan ekstremitas				√																													
Gerakan terbatas			√																														
Kelemahan fisik			√																														
09.00 WIB	3.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An.H mencret ± 10 kali dari jam 20.00-07.00 - Feses cair ada ampasnya warna kuning <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat diperkusi perut klien masih kembung - Defekasi ± 10 kali dalam sehari - Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur - Suhu tubuh klien meningkat 38,4 °C <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="644 1503 1066 1621"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Distensi abdomen		√				Konsistensi feses		√				Ririn												
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Distensi abdomen		√																															
Konsistensi feses		√																															

09.00 WIB	4.	<table border="1"> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Frekuensi defekasi		√				Ririn															
		Frekuensi defekasi		√																				
<p>P : Intervensi dilanjutkan 3,5,7,11,12</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan panas turun setelah di beri pct <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu awal klien 38,4 - TTV TD :- HR : 90x/m RR : 21x/m T : 36,8 <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu tubuh membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>TD dan ventilasi membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Suhu tubuh membaik					√	Suhu kulit					√	TD dan ventilasi membaik					√
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																			
Suhu tubuh membaik					√																			
Suhu kulit					√																			
TD dan ventilasi membaik					√																			

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrck

1
 Evaluasi hari ke-3

Tanggal	NoDX	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
02-06-2023 14.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi - Klien mengatakan masih nyeri namun sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi <p>Q : nyeri seperti tumpul</p> <p>R : nyeri pada abdomen atas sampai bawah</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : nyeri berlangsung ± 3 menit dan nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik sesuai dengan yang dianjurkan oleh perawat - TTV TD :- RR : 21x/m HR : 69x/m T : 36,6 <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>Melanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5,6</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Keluhan nyeri				√		Meringis				√		Gelisah				√		Frekuensi nadi				√		Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Keluhan nyeri				√																													
Meringis				√																													
Gelisah				√																													
Frekuensi nadi				√																													

14.00 WIB	2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang - Keluarga mengatakan An.H sudah bisa mobilisasi duduk disamping tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih berbaring di tempat tidur - Saat di perkusi kembang sudah berkurang - Klien sudah bisa duduk disamping tempat tidur - Belum bisa belajar berjalan karena drain masih terpasang <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="614 817 1045 1008"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,4,8,9</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Nyeri menurun				√		Pergerakan ekstremitas				√		Gerakan terbatas				√		Kelemahan fisik				√		Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Nyeri menurun				√																													
Pergerakan ekstremitas				√																													
Gerakan terbatas				√																													
Kelemahan fisik				√																													
14.00 WIB	3.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An.H pagi ini mencret ± 6 kali dari malam - Feses cair ada ampasnya warna kuning <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat diperkusi kembang perut klien berkurang - Defekasi mencret ± 6 kali dalam sehari <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="614 1377 1045 1545"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 3,5,7,11,12</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Distensi abdomen				√		Konsistensi feses			√			Frekuensi defekasi			√									
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Distensi abdomen				√																													
Konsistensi feses			√																														
Frekuensi defekasi			√																														

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : An.H No. MR : 246842
 Umur : 10 tahun Dx. Medis : Apendiksitis Perforasi
 Ruangan : Anggrck

Evaluasi hari ke-4

Tanggal	NoDX	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
02-06-2023 14.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - P : nyeri pada daerah luka operasi Q : nyeri seperti tumpul R : nyeri pada abdomen atas sampai bawah S : Skala nyeri 2 T : nyeri kadang timbul kadang tidak - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik - Drainase sudah dilepas - TTV TD :- RR : 20x/m HR : 70x/m T : 36.7 <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Keluhan nyeri					√	Meringis					√	Gelisah					√	Frekuensi nadi					√	Ririn
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Keluhan nyeri					√																												
Meringis					√																												
Gelisah					√																												
Frekuensi nadi					√																												
14.00 WIB	2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang - Keluarga mengatakan An.H sudah bisa mobilisasi 																															

14.00 WIB	3.	<p>duduk disamping tempat tidur dan mulai akan belajar berjalan-jalan setelah drain dilepas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih sering bergerak - Saat di perkusi perut sudah tidak kembung - Klien sudah bisa duduk disamping tempat tidur - Drainase sudah dilepas - Klien mulai bisa belajar berjalan karena drain sudah dilepas <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <table border="1" data-bbox="614 772 1045 974"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An.H sudah tidak mencret lagi, feses masih cair namun masih normal - Klien belum bab pagi ini <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat diperkusi perut klien tidak kembung lagi - Belum bab pagi ini <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <table border="1" data-bbox="614 1332 1045 1489"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Nyeri menurun					√	Pergerakan ekstremitas					√	Gerakan terbatas				√		Kelemahan fisik					√	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Distensi abdomen					√	Konsistensi feses					√	Frekuensi defekasi					√	
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																																				
Nyeri menurun					√																																																				
Pergerakan ekstremitas					√																																																				
Gerakan terbatas				√																																																					
Kelemahan fisik					√																																																				
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																																				
Distensi abdomen					√																																																				
Konsistensi feses					√																																																				
Frekuensi defekasi					√																																																				

Catatan Klien Pulang

Nama : An.H

No RM : 246842

A. Kondisi Klien

1. Kondisi klien baik
2. Nyeri klien sudah berkurang
3. Mobilisasi klien baik
4. Tanda-Tanda Vital

TD : -

HR : 90x/m

RR : 20x/m

T : 36,6 C

B. Edukasi Pendidikan Kesehatan Dirumah

1. Mengajarkan kepada klien dan keluarga untuk meningkatkan mobilisasi seperti berjalan.
2. Mengajarkan kepada klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri tiba-tiba muncul.
3. Mengajarkan kepada klien dan keluarga untuk menghindari makanan-makanan yang memicu timbulnya penyakit seperti makanan yang pedas dan bersoda
4. Mengajarkan kepada klien dan keluarga untuk memberikan porsi makan yang kecil dan bertahap kepada An.H
5. Mengajarkan klien untuk banyak minum air putih

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan ini penulis akan menjelaskan mengenai kesenjangan-kesenjangan yang terdapat pada teori dengan yang terdapat di dalam praktik, pembahasan ini meliputi asuhan keperawatan yang komprehensif yaitu pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sehingga tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus Asuhan Keperawatan pada An.H dengan post op Appendisitis dengan implementasi terapi relaksasi nafas dalam di ruang Bedah RSUD Rejang Lebong antara lain :

5.1 Pengkajian

Pada pengkajian klien An.H dengan post op appendisitis yang dilakukan pada tanggal 31 Mei 2023 pada pukul 10.30 WIB, melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi keadaan klien meliputi identitas klien sampai dengan pemeriksaan fisik, karena penulis menganggap lebih sistematis dan akurat. Pengkajian didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang, laboratorium sehingga data yang diperlukan penulis dapat dilakukan untuk melengkapi pengkajian yang didapatkan dari keluarga klien.

Pada pengkajian yang dilakukan pada An.H gejala awal sebelum masuk rumah sakit yaitu nyeri di kuadran kanan bawah, mual serta An.H mengalami demam dengan peningkatan suhu tubuh 39,2°C dan mencret atau diare, hal ini selaras

dengan teori yang dikemukakan oleh Brunner & Suddarth(2016) pada bab 2. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium di RSUD Lebong yaitu menemukan jumlah leukositosis di atas normal yaitu 11.600 sedangkan pada teori yang dikemukakan oleh (Wijaya, 2015). Appendisitis secara teoritis dapat dilakukan yaitu ditemukan leukositosis 10.000 s/d 18.000/mm, pada pengkajian setelah operasi klien mengeluh nyeri pada luka operasi dan mengatakan nyeri jika bergerak sehingga sulit untuk mobilisasi.

Pada saat melakukan pengkajian dengan An.H dan keluarga,penulis tidak memiliki hambatan, hanya saja kebanyakan data banyak di dapatkan dari keluarga daripada klien dikarenakan klien masih berusia 10 tahun. Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah klien An.H dan keluarga bersikap kooperatif dalam proses pengkajian dan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada An.H dari hasil pengkajian berupa data objektif dan data subjektif tentang kondisi klien, penulis kumpulkan kemudian dianalisa untuk menentukan masalah klien dan disimpulkan dalam bentuk diagnosa.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien dengan post op appendisitis menurut Nurafif dan Kcsuma(2016),yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
2. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive
3. Resiko hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Sedangkan pada pengkajian diagnosa post operasi pada An.H ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada An.H adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik karena ditemukan nyeri pada luka post operasi pada klien.
 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri diangkat karena saat dilakukan pengkajian klien mengeluh belum bisa melakukan mobilisasi akibat nyeri pada luka post operasi.
 3. Diare berhubungan dengan malabsorpsi diangkat karena saat hari ke 2 keluarga klien mengatakan klien mencret 10 kali dari jam 20.00-07.00 WIB.
 4. Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi karena saat hari ke 2 melakukan TTV suhu klien mengalami peningkatan yaitu 38,4 °C.
2. diagnosa pada teori tidak bisa penulis angkat karena tidak ada data yang menunjang dan kuat untuk menegakkan diagnosa tersebut.

5.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian, menganalisa data, merumuskan diagnosa keperawatan maka langkah selanjutnya adalah langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan dalam menjalankan suatu asuhan keperawatan yaitu Menyusun rencana keperawatan.

Intervensi atau rencana yang terdapat di laporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, dikarenakan penulis menyesuaikan dengan kondisi klien dan diangkat sesuai dengan napa yang ditetapkan oleh rumah sakit tersebut dan keterbatasan kami sebagai seorang mahasiswa.

5.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan

yang telah disusun, dalam melaksanakan tindakan keperawatan ada yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat dan ada juga yang dilakukan dengan berkolaborasi dengan tim medis lain, hal ini nyata ditemukan oleh penulis dalam praktik, seperti sebelum melakukan tindakan perlu meninjau kondisi pasien dan konsultasi dengan tim medis yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut.

Sebelum melakukan tindakan kepada klien yang dilakukan pada satu shift setiap harinya, penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien dan melihat catatan ruangan apabila pada saat itu penulis tidak berada di ruangan. Penulis bekerja sama dengan keluarga seperti membantu klien dalam mengatasi nyeri dengan cara mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam untuk membantu klien mengurangi rasa nyeri sehingga tercapai hasil yang diharapkan yaitu skala nyeri klien berkurang, serta mengajarkan klien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap.

Setelah pelaksanaan tindakan keperawatan penulis langsung mendokumentasikan tindakan yang diberikan yang tentu saja sudah mendapat izin dari pihak keluarga untuk dilihat sebagai catatan perkembangan klien setiap harinya walaupun mungkin tidak menggambarkan keadaan pasien secara lengkap.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu pelaksanaan asuhan keperawatan, evaluasi berguna untuk menilai dan mengukur tingkat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah kita berikan, evaluasi yang diberikan oleh penulis adalah respon setiap setelah melaksanakan tindakan terhadap pasien. Sudah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari pasca operasi dan setelah dilakukan

implementasi keperawatan masalah yang dialami An.H teratasi secara maksimal sesuai dengan syarat pasien pulang. Keempat diagnosa dapat diatasi, nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik teratasi pada tanggal 03 Juni 2023 dan pada diagnosa diare serta hipertermia sudah teratasi pada tanggal 02 Juni 2023.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian oleh Devi Merdiati tahun 2022 yang berjudul “Implementasi Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Apendisitis Masalah Nyeri Akut Dengan Implementasi Teknik Relaksasi Nafas Dalam”¹ sehingga penulis tertarik untuk mengangkat karya tulis ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Post Op Apendisitis Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam Diruang Bedah RSUD Rejang Lebong Tahun 2023” secara langsung dan komprehensif, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa :

6.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapat pada pengkajian An.H tanggal 31 Mei 2023 pukul 10.30 yaitu nyeri pada luka operasi dan sulit melakukan mobilisasi karena nyeri, pada tanggal 01 Juni 2023 ditemukan klien mengalami mencret atau diare sebanyak 10 kali dari jam 20.00-07.00 WIB serta mengalami peningkatan suhu tubuh yaitu 38,4 °C .

6.1.2 Diagnosa Keperawatan

Pada penegakan diagnosa keperawatan ditemukan diagnosa keperawatan diantaranya Nyeri akut, Gangguan mobilitas fisik, diare, dan hipertermia. Diagnosa yang diambil berbeda dengan teori karena menyesuaikan dengan keluhan yang di dapat dari klien saat dilakukan pengkajian.

6.1.3 Intervensi

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti baik intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi pada An.H seperti identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman termasuk mengurangi skala nyeri pada An.H.

6.1.4 Implementasi

Pelaksanaan (Implementasi) keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan diagnose keperawatan yang dibuat seperti mengkaji nyeri dan skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, serta menganjurkan klien untuk melakukan mobilisasi sederhana, menganjurkan banyak minum air putih, dan makan dalam porsi kecil namun bertahap.

6.1.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada klien selama 4 hari perawatan di rumah sakit pada tanggal 31 Mei 2023 – 03 Juni 2023 oleh peneliti dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien menunjukkan bahwasalah yang dialami klien teratasi serta edukasi lanjutan untuk perawatan di rumah sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi klien/keluarga

Diharapkan klien dan keluarga kooperatif dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang diberikan serta menjalankan pola hidup yang sehat guna mencegah timbulnya penyakit lain, serta diharapkan bagi keluarga untuk memantau

pola makan anak dan lebih memperhatikan makanan yang dikonsumsi sehingga meminimalisir kemungkinan timbul komplikasi yang dapat terjadi.

6.2.2 ² Bagi Peneliti

Hasil dari karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi gambaran dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien appendicitis dengan tepat. penulis selanjutnya diharapkan dapat menguasai konsep teori tentang apendisitis. Selain itu penulis juga harus melakukan pengkajian dengan tepat dan akurat sehingga asuhan keperawatan dapat tercapai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

Dalam menegakkan diagnose keperawatan penulis harus teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan diharapkan merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SDKL).

6.2.3 ¹ Bagi Institusi/Pendidikan

Pada institusi Pendidikan penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat menjadi tambahan pustaka dan dapat dijadikan sebagai sumber proses pembelajaran baik bagi tenaga pendidik maupun mahasiswa untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis.

BAB 4-6 revisian 10 juli

ORIGINALITY REPORT

28% SIMILARITY INDEX	28% INTERNET SOURCES	1% PUBLICATIONS	8% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	22%
2	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	2%
3	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	1%
4	perawat.org Internet Source	1%
5	www.coursehero.com Internet Source	1%
6	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
7	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On