

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
LAPARATOMI EKSPLORASI a.i. APENDISITIS AKUT
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI 4 RSUD
dr. SOEKARDJO KOTA
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

**Marini Aprilia
NIM: AKX. 17. 045**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Marini Aprilia
NIM : AKX. 17. 045
Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas
Bhakti Kencana
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparotomi
Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah
Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr.
Soekardjo Kota Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di fublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan



**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
LAPARATOMI EKSPLOKASI a.l. APENDISITIS AKUT
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI 4 RSUD
dr. SOEKARDJO KOTA
TASIKMALAYA**

OLEH

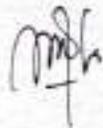
**MARINI APRILIA
AKX. 17. 045**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Pembimbing
Tanggal, 28 Juli 2020

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

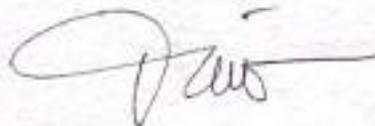


**Ade Tika H, S. Kep., Ners., M. Kep
NIK : 02007020134**



**Drs. Rachwan Herawan, BScAn., M.Kes
NIK : 10115175**

**Mengetahui
Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN : 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
LAPARATOMI EKSPLORASI a.l APENDISITIS AKUT
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI 4 RSUD
dr. SOEKARDJO KOTA
TASIKMALAYA**

OLEH

**MARINI APRILIA
AKX. 17. 045**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung Pada Tanggal 5 Agustus 2020

PANITIA PENGUJI

**Ketua : Ade Tika H, S. Kep., Ners., M. Kep
(Pembimbing Utama)**

(.....)


Anggota :

**1. Tuti Suprapti, S.Kp, M. Kep
(Penguji 1)**

(.....)


**2. Yani Marlina, S.Kep., Ners
(Penguji 2)**

(.....)


**3. Drs. Rachwan Herawan, BScAn., M.Kes
(Pembimbing Pendamping)**

(.....)


**Mengetahui,
Fakultas Keperawatan
Ketua**



**Rd. Siti Jandiah, S.Kp., M.Kep
NIDN : 020007020132**

ABSTRAK

Latar Belakang: Berdasarkan data rekam medik RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya tahun 2019, apendisitis menempati peringkat 10 besar penyakit di ruang bedah. Apendisitis adalah peradangan dari apendik dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. **Tujuan :** Memperoleh pengalaman dalam melakukan askep pada klien Post Laparatomi Eksplorasi dengan nyeri akut. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien post Laparatomi Eksplorasi dengan nyeri akut yang di beri penanganan nyeri berupa teknik Relaksasi Nafas Dalam. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan terapi Relaksasi nafas dalam, untuk masalah keperawatan dengan nyeri akut pada klien 1 di hari ke 3, skala nyeri 1 (1-10), pada klien 2 di hari ke 3, skala nyeri 1 (1-10). **Diskusi :** Klien dengan masalah nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi hal ini dipengaruhi oleh kondisi status kesehatan klien sebelumnya.

Kata Kunci : *Post Operasi Laparatomi Eksplorasi, Nyeri Akut, Relaksasi Nafas Dalam.*

Daftar pustaka : 16 Buku (2010-2020), 3 Jurnal (2013-2018), 4 Website

ABSTRACT

Background: Based on medical records recorded by Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya in 2019, appendicitis ranks in the top 10 diseases in the surgical room. Appendix is an inflammation of the appendix and is the most frequent cause of acute abdominal. **Goal:** Gain experience in performing askep on post laparotomy exploration clients with acute pain. **Method:** Case studies are to export problems or phenomena with detailed limitations, have in-depth data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two clients post Laparotomy Exploration with acute pain in the form of pain management techniques in the form of Deep Breath Relaxation technique. **Results :** After nursing care by providing deep breath relaxation therapy, for nursing problems with acute pain in clients 1 on day 3, pain scale 1 (1-10), in clients 2 on day 3, pain scale 1 (1-10). **Discussion :** Clients with acute pain problems do not always have the same response on each client Post Laparotomy Surgery Exploration this is affected by the condition of the previous client's health status.

Keywords : *Post Laparotomy Surgery Exploration, Acute Pain, Relaxation of Deep Breath.*

Bibliography : *16 Books (2010-2020), 3 Journals (2013-2018), 4 Websites*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI LAPARATOMI EKSPLORASI a.i. APENDISITIS AKUT DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI 4 RSUD dr. SOEKARDJO KOTA TASIKMALAYA” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang penulis temui, namun berkat bimbingan dari dosen pembimbing serta do’a dan dukungan dari semua kalangan, karya tulis ilmiah ini bisa diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana S.H., M.Pd., MH. Kes., Selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt. Selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Ade Tika H, S. Kep., Ners., M. Kep. Selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Rachwan Herawan, BSc Drs., M. Kes Selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes. Selaku Direktur Utama RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Roni Husnara, S.Kep.,Ners. Selaku CI Ruangan Melati 4 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
9. Teristimewa kedua orang tuaku yang tercinta dan terhebat sejagad raya Ayahanda Rusli dan Ibu Suryati yang selalu memberikan motivasi, nasehat, cinta, perhatian, dan kasih sayang serta doa yang tentu takkan bisa penulis balas. Untuk kakak dan kedua adik penulis terima kasih atas segala perhatian, kasih sayang, dan motivasi serta doanya. Tanpa cinta dari keluarga mungkin Karya Tulis Ilmiah ini tidak dapat diselesaikan.
10. Kepada sahabat-sahabat saya seperjuangan Anestesi Bandung angkatan XIII yang tidak dapat disebut satu persatu. Terima kasih untuk waktu kalian selama perkuliahan telah menjadi teman buat penulis yang selalu memberikan semangat bagi penulis dan terima kasih untuk semua kebersamaan dan kenangan yang tidak akan penulis lupakan.
11. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis ilmiah yang lebih baik.

Bandung, Juni 2020

PENULIS

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul	
PERNYATAAN KEASLIAN TULISANError! Bookmark not defined.	
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat.....	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktisi.....	7
BAB II	9
TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Penyakit.....	9
2.1.1 Definisi Apendisitis.....	9
2.1.2 Anatomi Sistem Pencernaan.....	10
2.1.3 Fisiologi Sistem Pencernaan.....	23
2.1.4 Etiologi.....	24
2.1.5 Tanda dan Gejala.....	24
2.1.6 Patofisiologi.....	25
2.1.7 Klasifikasi.....	28

2.1.8	Komplikasi	28
2.1.9	Pemeriksaan Penunjang	29
2.1.10	Penatalaksanaan	30
2.2	Konsep Nyeri	32
2.2.1	Definisi Nyeri.....	32
1.2.2	Penyebab Nyeri.....	32
1.2.3	Intensitas Nyeri	33
1.2.4	Klasifikasi Nyeri	36
1.2.5	Fisiologi Nyeri	38
1.2.6	Penatalaksanaan Nyeri	39
1.3	Manfaat Tehnik Tarik Nafas Dalam	40
2.3.1	Definisi.....	40
1.3.2	Tujuan	40
1.3.3	Tahap Persiapan	40
1.3.4	Tahap Pelaksanaan.....	41
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan	42
2.4.1	Pengkajian Keperawatan.....	42
2.4.2	Diagnosa Keperawatan	49
2.4.3	Perencanaan	50
2.4.4	Implementasi.....	53
2.4.5	Evaluasi.....	54
BAB III.....	57
METODE PENELITIAN.....	57
3.1	Desain Penelitian	57
3.2	Batasan Istilah.....	57
3.2.1	Post Operasi Laparotomi Eksplorasi	58
3.2.2	Nyeri Akut	58
3.3	Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	58
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	59
3.4.1	Lokasi.....	59
3.4.2	Waktu.....	59

3.5 Pengumpulan Data.....	59
3.5.1 Wawancara.....	59
3.5.2 Observasi.....	60
3.5.3 Pemeriksaan Fisik	60
3.5.4 Studi dokumentasi.....	60
3.5.5 Studi Perpustakaan.....	60
3.6 Uji Keabsahan Data	61
3.7 Analisa Data.....	61
3.7.1 Pengumpulan data	61
3.7.2 Reduksi data.....	62
3.7.3 Penyajian data	62
3.7.4 Kesimpulan	62
3.8 Etik Penelitian.....	62
3.8.1 <i>Informed Consent</i> (Persetujuan)	63
3.8.2 <i>Anonymity</i> (Tanpa Nama)	63
3.8.3 <i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan).....	63
3.8.4 <i>Beneficence</i> (Berbuat Baik)	64
3.8.5 <i>Nonmaleficence</i> (Tidak merugikan).....	64
3.8.6 <i>Veracity</i>	64
3.8.7 <i>Justice</i> (Keadilan)	64
3.8.8 <i>Fidelity</i> (Menepati Janji).....	65
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	66
4.1 HASIL.....	66
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	66
4.1.2 Asuhan Keperawatan	67
4.1.2.1 Pengkajian.....	67
4.1.2.2 Analisa Data.....	78
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	82
4.1.2.4 Intervensi.....	86
4.1.2.5 Implementasi.....	91
4.1.2.6 Evaluasi.....	97

4.2 Pembahasan.....	98
4.2.1 Pengkajian.....	98
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	99
4.2.3 Perencanaan Keperawatan	102
4.2.4 Tindakan	103
4.2.5 Evaluasi.....	106
BAB V	108
KESIMPULAN DAN SARAN	108
5.1 Kesimpulan	108
5.1.1 Pengkajian.....	108
5.1.2 Diagnosa keperawatan	109
5.1.3 Intervensi.....	110
5.1.4 Implementasi.....	110
5.1.5 Evaluasi.....	111
DAFTAR PUSTAKA.....	113

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.....	11
Gambar 2.2.....	12
Gambar 2.3.....	15
Gambar 2.4.....	16
Gambar 2.5.....	18
Gambar 2.6.....	19
Gambar 2.7.....	20
Gambar 2.8.....	21
Gambar 2.9.....	21
Gambar 2.10.....	22
Gambar 2.11.....	23
Gambar 2.12.....	34

DAFTAR TABEL

Table 2.1	50
Table 2.2	52
Table 2.3	52
Table 2.4	53
Tabel 4. 1	67
Tabel 4. 2	67
Tabel 4. 3	69
Tabel 4. 4	70
Tabel 4. 5	75
Tabel 4. 6	77
Tabel 4. 7	77
Tabel 4. 8	78
Tabel 4. 9	78
Tabel 4. 10	82
Tabel 4. 11	86
Tabel 4. 12	91
Tabel 4. 13	97

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Laparotomi.....	26
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	: Persetujuan Justifikasi
Lampiran IV	: Lembar Observasi
Lampiran V	: Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VII	: Jurnal
Lampiran VIII	: Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BU	: Bising Usus
CI	: Clinical Instructor
CRT	: Capillary Refil Time
GCS	: Glasgow Coma Scale
Hb	: Hemoglobin
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intra Vena
N	: Nadi
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
NIC	: Nursing Interventions Classification
NOC	: Nursing Outcomes Classification
NRS	: Numeric Rating Scale
R	: Respirasi
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
TD	: Tekanan Darah
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
TTV	: Tanda-Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
VAS	: Visual Analog Scale
VRS	: Verbal Rating Scale
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penerapan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari belum sepenuhnya di terapkan terutama yang berkaitan dengan kesehatan perorangan. Salah satu contohnya adalah kebiasaan masyarakat yang kurang mengkonsumsi serat (diit rendah serat). Hal ini sering di jumpai pada masyarakat perkotaan yang mengadopsi kebiasaan masyarakat modern di Negara-negara maju (Alhadrami, 2016). Kebiasaan yang kurang dalam mengkonsumsi serat ini sering mengakibatkan tinja mengeras. Tinja yang mengeras pada umumnya dapat mengakibatkan tekanan di dalam sekum. Hal ini berakibat timbulnya sumbatan fungsional Appendix dan meningkatkan pertumbuhan kuman, sehingga terjadi peradangan pada Appendix (*Appendicitis*) (Alhadrami, 2016). *Appendicitis* adalah peradangan dari appendix vermiformis dan merupakan penyebab penyakit abdomen akut yang sering terjadi di negara berkembang. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia antara 10 sampai 30 tahun (Brunner & Suddarth, 2014).

Insidensi kasus apendisitis di dunia adalah 11 kasus per 10.000 penduduk pertahun. Terjadi peningkatan insidensi pada klien kulit putih berusia antara 15-30 tahun menjadi 23 kasus per 10.000 penduduk per tahun. Pada wilayah regional Asia Tenggara kejadian apendisitis akut ditemukan hampir diseluruh negara di

Asia Tenggara. Indonesia dengan prevalensi 0,05% menempati urutan pertama sebagai negara dengan angka kejadian apendisitis akut tertinggi, disusul dengan Filipina 0,022% dan Vietnam 0,02%. Apendisitis tercatat lebih tinggi angka kejadiannya pada negara maju dibandingkan dengan negara berkembang, hal ini diperkirakan erat hubungannya dengan kebiasaan pola makan pada beberapa negara maju yang rendah serat dan tingginya angka mengonsumsi makanan cepat saji. (WHO, 2016)

Apendisitis merupakan suatu keadaan darurat yang paling umum terjadi di bagian bedah abdomen dan sebanyak 621.435 kasus apendisitis terjadi di Indonesia. Kementerian Kesehatan menganggap apendisitis merupakan isu prioritas kesehatan di tingkat local dan nasional karena mempunyai dampak besar pada kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2017). Dampak penderita ketika tidak dilakukan pembedahan dapat mengakibatkan abses atau perforasi. Insiden perforasi adalah 10% sampai 32%. Perforasi terjadi secara umum 24 jam pertama setelah awitan nyeri. Angka kematian yang timbul akibat terjadinya perforasia adalah 10 - 15% dari kasus yang ada, sedangkan angka kematian penderita apendisitis akut adalah 0,2% - 0,8% (Depkes RI, 2017)

Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat tahun 2016, menyebutkan bahwa pola penyakit apendisitis pada kelompok usia 5-60 tahun untuk rawat inap di Rumah Sakit yaitu sebesar 1,72%. Dinas Kesehatan menganggap *Appendicitis* merupakan isu prioritas kesehatan di tingkat lokal dan nasional karena mempunyai dampak besar pada kesehatan masyarakat (Dinkes Jawa Barat, 2016)

Berdasarkan data dari Rekam Medik RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada tahun 2019 kasus apendisitis menempati 10 besar penyakit di ruang bedah. Pada tahun 2019 terdapat 162 kasus apendisitis. Dari data rekam medik RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya, rentang usia klien yang mengidap apendisitis adalah usia 4-64 tahun. Dan berdasarkan data dari Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada tahun 2019 terdapat 91 kasus apendisitis.

Pada kasus klien dengan apendisitis dapat timbul berbagai masalah keperawatan baik itu masalah selama pre operasi, maupun post operasi. Masalah keperawatan yang mungkin muncul selama pre operasi diantaranya nyeri akut, hipertermi, gangguan rasa nyaman dan ansietas (Nurarif & Kusuma, 2015). Selama periode post operasi masalah keperawatan yang dapat timbul diantaranya nyeri akut, resiko infeksi, resiko kekurangan volume cairan dan kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan.

Apabila asuhan keperawatan tidak dilakukan maka akan menimbulkan masalah yang lain seperti: Timbulnya tanda-tanda infeksi, demam. Oleh karena itu, maka diperlukan perawatan profesional yang memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif yang meliputi seluruh aspek bio, psiko, sosio dan spiritual serta pendidikan kesehatan dirumah.

Beberapa literatur menyebutkan bahwa tindakan pembedahan dapat menimbulkan berbagai masalah keperawatan salah satunya nyeri. Nyeri akut pasca bedah dapat disebabkan oleh luka operasi. (Sjamsuhidajat, 2015). Nyeri post operasi timbul dikarenakan oleh rangsangan mekanik luka yang

menyebabkan tubuh menghasilkan mediator kimia nyeri, sehingga nyeri muncul pada klien post operasi. Berdasarkan lama waktu nyeri, nyeri dapat dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronik (Sjamsuhidajat, 2015). Nyeri akut dapat terjadi setelah cedera penyakit akut dan intervensi bedah mendapatkan awitan yang cepat, dengan intensitas bervariasi dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Sedangkan nyeri kronik berlangsung lebih dari enam bulan (Sjamsuhidajat, 2015). Apabila nyeri pada klien post operasi tidak segera ditangani akan mengakibatkan proses rehabilitasi klien akan tertunda, hospitalisasi klien menjadi lebih lama, tingkat komplikasi yang tinggi dan membutuhkan lebih banyak biaya, hal ini karena klien memfokuskan seluruh perhatiannya pada nyeri yang dirasakan (Smeltzer & Bare, 2018).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut menurut Nursing Interventions Classification (NIC) 2014-2016 dengan Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi, Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau, Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, Kurangi faktor presipitasi nyeri, Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal), Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan

intervensi, Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas dalam), Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, Evaluasi keefektifan kontrol nyeri, Tingkatkan istirahat, Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil, Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri.

Melihat dari hasil pendataan diatas terbukti bahwa masih banyak kasus apendisitis yang menimbulkan atau memerlukan penanganan yang lebih lanjut dan secara optimal, klien mendapatkan kesehatannya kembali serta dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri. Untuk mengurangi jumlah komplikasi pasca bedah terutama nyeri akut maka peran perawat sangat dibutuhkan. Berdasarkan hal tersebut maka penulis merasa tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut dan melaporkannya dalam bentuk karya tulis dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka diangkat rumusan masalah

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dan mampu melakukan Asuhan keperawatan secara komperensif dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan

Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

- e. Melakukan evaluasi Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- f. Melakukan dokumentasi keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi di bidang kesehatan khusus nya tentang keperawatan pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut.

1.4.2 Manfaat Praktisi

a. Bagi Perawat

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sumber referensi dalam perawatan klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut, dan hasil keperawatan ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi non farmakologi penatalaksanaan untuk klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi dengan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada klien Apendisitis Akut dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr Soekardjo Kota Tasikmalaya.

c. Bagi Instansi Pendidikan

Bahan informasi, pustaka, dan masukan bagi mahasiswa selanjutnya yang akan melakukan penelitian yang berhubungan dengan penelitian yang telah dilakukan penulis. Memberikan informasi berguna bagi penelitian lainnya dan dapat dijadikan acuan bagi penelitian-penelitian berikutnya.

d. Bagi Klien

Menambah pengetahuan klien mengenai apendisitis dan hal-hal yang berkaitan dengan appendicitis itu sendiri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Apendisitis

Apendiks merupakan saluran kecil dengan diameter kurang lebih sebesar pensil dengan panjang 2-6 inci. Lokasi apendik pada daerah *illiaka* kanan, di bawah katup *iliocaecal*, tepatnya pada dinding abdomen di bawah titik Mc Burney. Apendisitis adalah peradangan dari apendik dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendisitis akut adalah keadaan yang disebabkan oleh peradangan yang mendadak pada suatu apendiks. Apendisitis merupakan penyakit bedah mayor yang paling sering terjadi walaupun apendisitis dapat terjadi setiap usia, namun paling sering pada orang dewasa muda, sebelum era antibiotik, mortalitas penyakit ini tinggi (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010)

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 dan 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, 2014)

Apendisitis adalah proses peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbi cacing atau disebut apendiks. Infeksi ini bisa mengakibatkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah segera untuk penanganannya. Apendisitis adalah penyebab utama inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, apendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun (Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati, 2015)

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbi cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya. (NANDA NIC NOC 2014-2016)

Dari empat pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Apendisitis adalah peradangan pada apendiks yang disebabkan karena adanya sumbatan pada lumen apendiks. Apendisitis merupakan salah satu penyebab nyeri abdomen akut. Apendisitis terjadi dalam jangka waktu yang bervariasi. Semakin lama apendisitis dibiarkan maka resiko komplikasi yang ditimbulkan akan semakin besar.

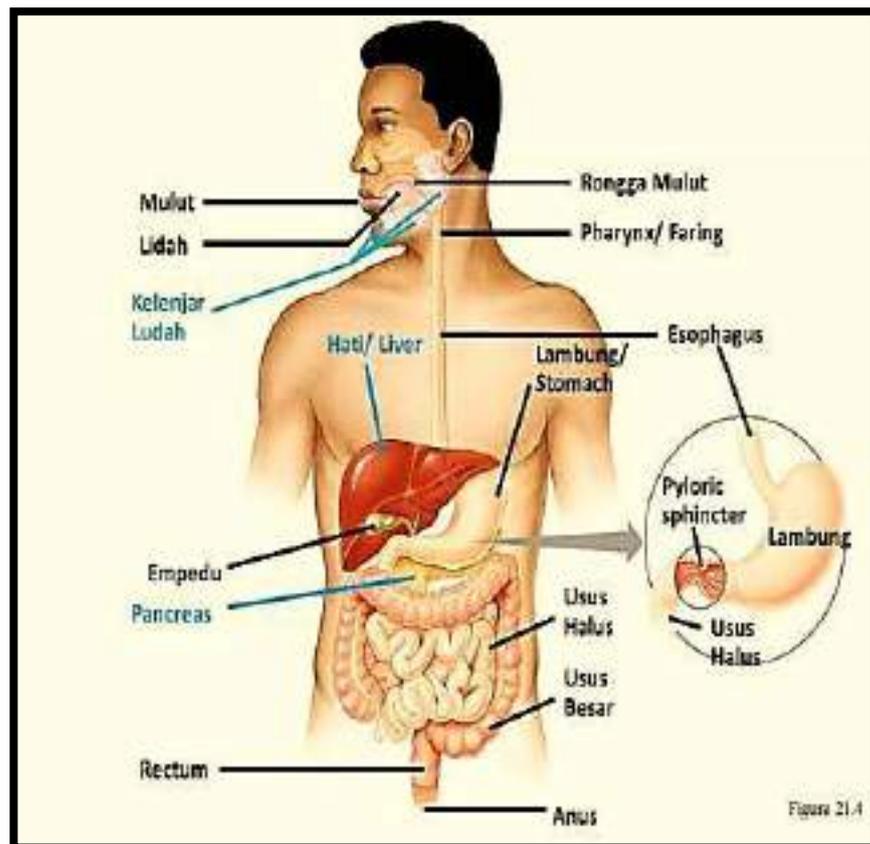
2.1.2 Anatomi Sistem Pencernaan

Saluran pencernaan makanan merupakan saluran yang menerima makanan dari luar dan mempersiapkannya untuk diserap tubuh. Proses pencernaan meliputi proses menguyah, menelan dan mencampur dengan enzim-enzim yang di produksi, mulai dari mulut sampai anus. Saluran pencernaan makanan pada manusia terdiri dari beberapa organ yang terletak berurutan. Diawali dari mulut

(cavum oris), kerongkongan (esofagus), lambung (ventrikulus), usus halus (intestinum), usus besar (colon), dan anus. Saluran pencernaan merupakan organ vital bagi manusia karena apabila sistem pencernaan terganggu maka tubuh pun akan mengalami sakit. Bila hal tersebut terjadi, maka proses metabolisme tidak dapat berjalan dengan baik. Saluran pencernaan pun tak lepas dari serangan berbagai macam penyakit, salah satunya adalah apendisitis (Drs. H. Kirnantoro & Ns. Maryana, 2017)

Gambar 2.1

Sistem Pencernaan Manusia



(Sumber: Salamadian, 2016)

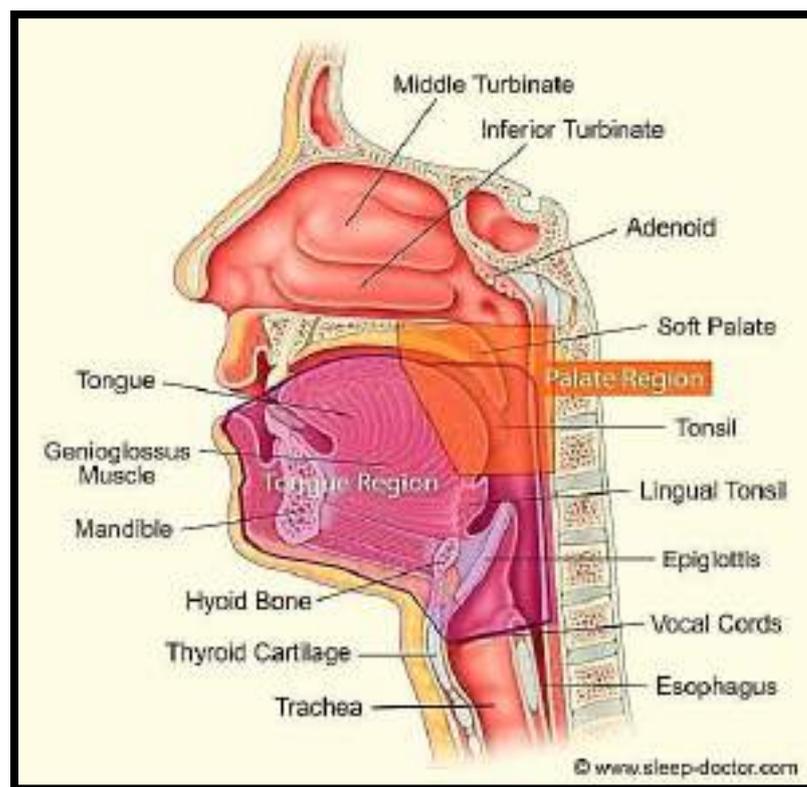
Sesuai urutan makanan yang melewatinya, organ-organ sistem pencernaan adalah:

A. Mulut

Mulut adalah bagian pertama dari tabung pencernaan fungsi utamanya adalah untuk melayani sebagai pintu masuk dari saluran pencernaan dan untuk memulai proses pencernaan dengan air liur dan tenaga penggerak dari pencernaan bolus ke faring.

Gambar 2.2

Anatomi Mulut



(Sumber: Anatomyorgan, 2018)

Bagian-bagian mulut adalah:

1) Bibir

Bibir adalah dua struktur seluler dan otot yang membentuk pintu masuk ke mulut. Bibir menandai transisi dari kulit membrane mukosa lembab, dan merupakan struktur berdaging sangat vascular yang menjaga pintu masuk ke rongga mulut.

2) Rongga Mulut

Rongga mulut dibatasi oleh beberapa struktur. Lengkungan alveolar (struktur tulang yang mengandung gigi) mengelilingi rongga mulut di depan dan di sisi, adapun bagian yang keras dan lembut dan di bawah adalah lidah. Rongga mulut tetap basah oleh sekresi dari kelenjar ludah submaksilaris dan sublingual yang terletak di dasar mulut di bawah lidah.

3) Palatum

Palatum atau langit-langit membentuk permukaan atas anatomi mulut. Hal ini sebenarnya terdiri dari dua bagian, langit-langit keras di depan rongga mulut dan langit-langit lunak ke arah belakang.

4) Faring

Faring atau tekak lidah adalah suatu kantung fibromuskuler yang bentuknya seperti corong, yang besar di bagian atas dan sempit di bagian bawah.

5) Gigi

Gigi berfungsi untuk mengunyah makanan sehingga makanan menjadi halus. Makanan yang telah halus memungkinkan enzim-enzim pencernaan mencerna makanan lebih cepat dan efisien. Gigi dibedakan menjadi 4 macam yaitu gigi seri, gigi taring, gigi geraham depan, gigi geraham belakang. Makanan dipotong dengan gigi seri, dirobek dengan gigi taring dan dikunyah dengan gigi geraham. Pada orang dewasa, gigi yang lengkap terdiri atas 32 buah.

6) Lidah

Lidah merupakan organ yang tersusun dari otot. Fungsi lidah adalah mengaduk makanan di dalam rongga mulut dan membantu mendorong makanan dalam proses menelan.

7) Kelenjar Ludah

Ludah berfungsi untuk memudahkan penelanan makanan. Ludah bertugas membasahi dan melumasi makanan sehingga mudah ditelan.

B. Tenggorokan (Faring)

Tenggorokan merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan. Tenggorokan memiliki rongga persimpangan antara jalan napas dan jalan makanan, letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang. Di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel), yaitu limfa yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi.

C. Kerongkongan (Esofagus)

Kerongkongan merupakan saluran penghubung antara rongga mulut dengan lambung. Kerongkongan berfungsi sebagai jalan bagi makanan yang telah dikunyah dari mulut menuju lambung. Berdasarkan histologi, esofagus dibagi menjadi tiga bagian sebagai berikut:

- 1) Bagian Superior : Hampir semua bagian ini adalah otot rangka.
- 2) Bagian Tengah : Bagian ini merupakan campuran otot rangka dan otot polos.
- 3) Bagian inferior : Hampir semuanya terdiri dari otot polos.

Gambar 2.3

Kerongkongan (Esofagus)



(Sumber: Salamadian, 2016)

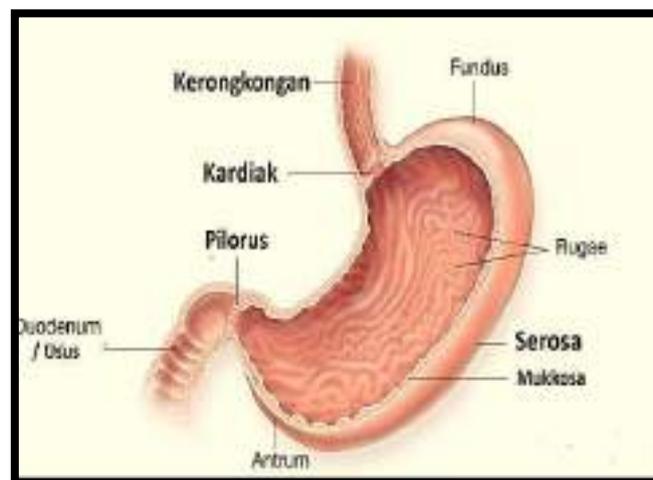
D. Lambung

Lambung merupakan kantung besar yang terletak di sebelah kiri rongga perut. Ini adalah tempat sejumlah proses pencernaan berlangsung. Lambung terdiri dari tiga bagian, yaitu:

- 1) Bagian atas (Kardiak), letaknya berdekatan dengan hati dan berhubungan dengan kerongkongan.
- 2) Bagian tengah (Fundus), yang membulat
- 3) Bagian bawah (Pilorus), yang berhubungan langsung dengan usus dua belas jari.

Gambar 2.4

Lambung



(Sumber: Salamadian, 2016)

E. Usus Halus

Usus Halus (Intestinum) merupakan tempat penyerapan sari makanan dan tempat terjadinya proses pencernaan yang paling panjang. Usus halus terdiri dari:

1) Usus dua belas jari (Duodenum)

Usus duodenum atau usus dua belas jari adalah bagian usus halus yang terletak setelah lambung, dan berhubungan langsung dengan usus jejunum. Usus duodenum merupakan bagian terpendek dari usus halus.

2) Usus Kosong (Jejunum)

Usus jejunum atau usus kosong merupakan bagian kedua dari usus halus. Bagian ini terletak antara usus duodenum dan ileum.

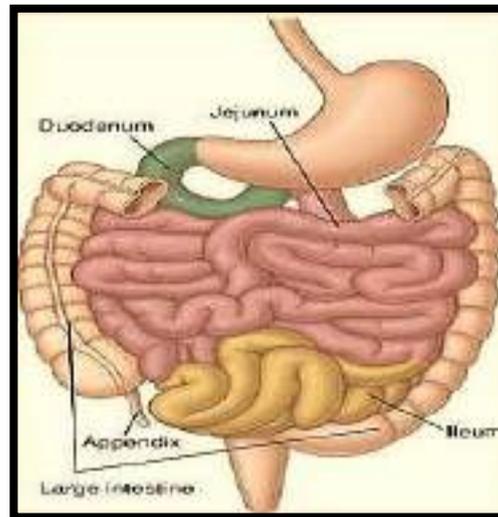
3) Usus Penyerap (Ileum)

Usus ileum atau usus penyerapan merupakan bagian terakhir dari usus halus. Ileum berbatasan langsung dengan usus besar.

Di dalam usus halus terjadi proses pencernaan kimiawi yang melibatkan berbagai enzim pencernaan. Karbohidrat dicerna menjadi glukosa. Lemak dicerna menjadi asam lemak dan gliserol, serta protein dicerna menjadi asam amino. Lalu vitamin dan mineral tidak mengalami pencernaan dan dapat langsung diserap oleh usus halus.

Gambar 2.5

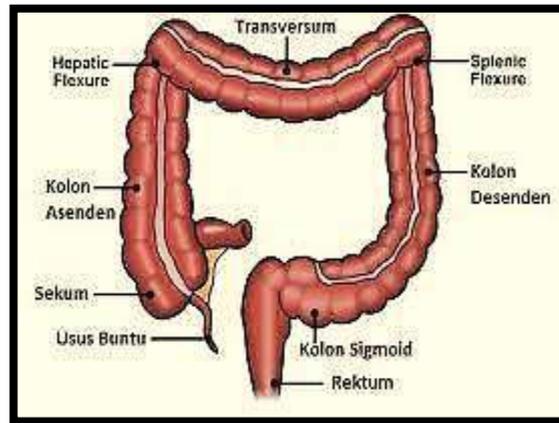
Usus Halus



(Sumber: Salamadian, 2016)

F. Usus Besar

Makanan yang tidak dicerna di usus halus, misalnya selulosa, bersama dengan lendir akan menuju ke usus besar menjadi feses. Di dalam usus besar terdapat bakteri *Escherichia Coli*. Bakteri ini membantu dalam proses pembusukan sisa makanan menjadi feses. Selain membusukkan sisa makanan, bakteri *E. Coli* juga menghasilkan vitamin K. Vitamin K berperan penting dalam proses pembekuan darah. Sisa makanan dalam usus besar yang masuk banyak mengandung air. Usus besar terdiri dari bagian yang naik yaitu mulai dari usus buntu, bagian mendatar, bagian menurun, dan berakhir pada anus.

Gambar 2.6**Usus Besar**

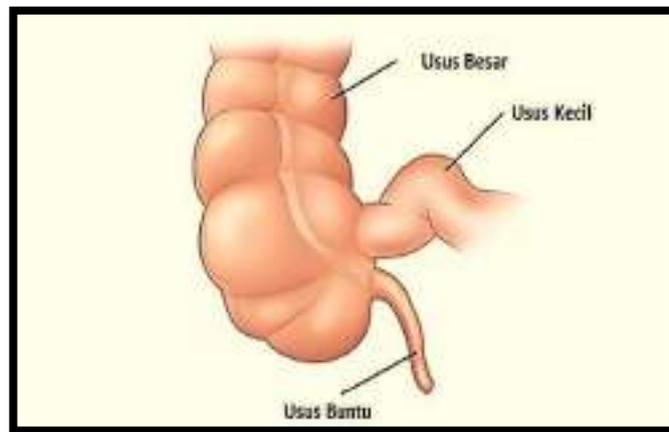
(Sumber: Salamadian, 2016)

G. Usus buntu (*Caecum*)

Usus buntu atau *caecum*/sekum adalah suatu kantung yang terhubung pada usus illeum serta menjadi bagian kolon yang menanjak dari usus besar.

Gambar 2.7

Usus Buntu

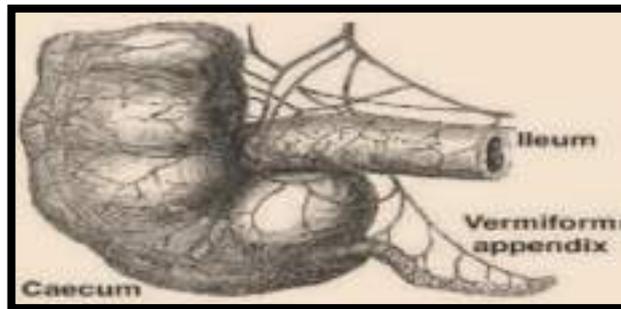


(Sumber: Salamadian, 2016)

H. Umbai cacing (Apendiks)

Umbai cacing atau apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Secara anatomi, umbai cacing merupakan tabung berujung buntu yang menyambung dengan *caecum*. Pada orang dewasa, umbai cacing rata-rata berukuran sekitar 10 cm tetapi bisa juga bervariasi dari 2 sampai 20 cm. Walaupun lokasi apendiks selalu tetap, lokasi ujung umbai cacing bisa berbeda-beda, mungkin berada di *retrocaecal* atau di pinggang (pelvis), namun yang jelas tetap terletak di peritoneum.

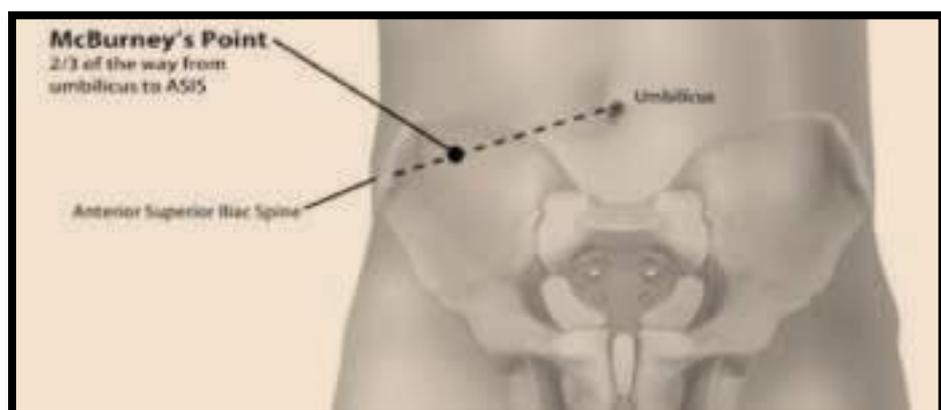
Gambar 2.8
Organ Apendiks



(Sumber: Mardalena, 2018)

Pada apendiks posisi yang normal adalah apendiks yang terletak pada dinding abdomen di bawah titik *Mc. Burney*. Untuk menentukan titik *Mc. Burney* caranya adalah dengan menarik garis semu dari umbilikal kanan ke *anterior superior iliac spina* kanan dan $\frac{2}{3}$ dari garis tersebut merupakan titik *Mc Burney*.

Gambar 2.9
Titik Mc. Burney

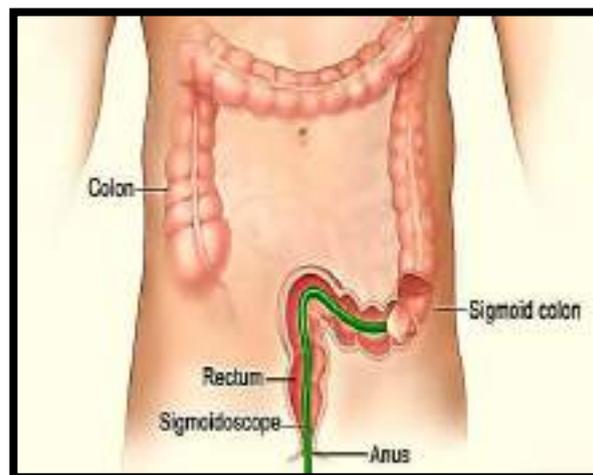


(Sumber: Mardalena, 2018)

I. Rektum

Bagian akhir usus besar disebut rektum, yakni semacam “waduk” yang menampung tinja sebelum bisa keluar tubuh. Rektum berbentuk sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kokon sigmoid) dan berakhir di anus.

Gambar 2.10
Organ Rektum



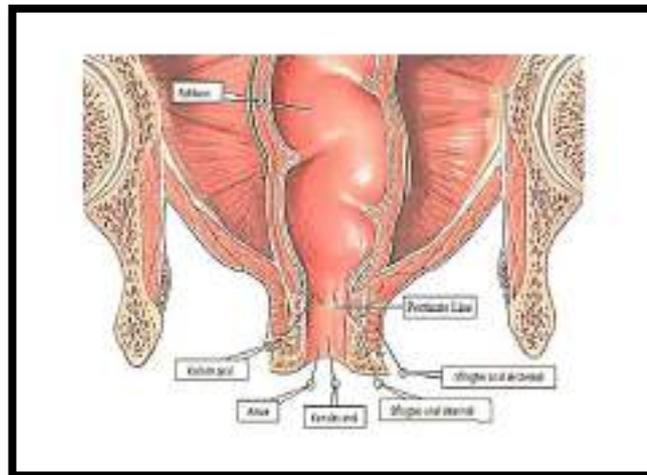
(Sumber: Salamadian, 2016)

J. Anus

Anus merupakan lubang tempat pembuangan feses dari tubuh. Sebelum dibuang lewat anus, feses ditampung terlebih dahulu pada bagian rectum. Apabila feses sudah siap dibuang, maka otot spinkter rectum mengatur pembukaan dan penutupan anus. Ada dua jenis otot spinkter yang menyusun rectum, yaitu otot polos dan otot lurik.

Gambar 2.11

Organ Anus



(Sumber: Salamadian, 2016)

2.1.3 Fisiologi Sistem Pencernaan

Fungsi utama sistem pencernaan adalah menyediakan nutrisi bagi tumbuh dan mengeluarkan sisa (Ekskresi/Eliminasi). Fungsi tersebut dapat berjalan melalui empat proses utama, yaitu:

- 1) Ingesti (memakan/menelan), yaitu proses memasukkan makanan ke dalam mulut, mengunyah dan menelannya ke dalam lambung melalui esofagus. Proses Ingesti terjadi pada organ mulut, faring dan esofagus.
- 2) Digesti (Mencerna), proses mencerna adalah proses mengubah bentuk makanan yang kasar menjadi lebih halus atau mengubah materi makanan dari yang tidak dapat diabsorpsi menjadi materi yang dapat diabsorpsi. Proses mencerna ini dilakukan di dalam mulut maupun lambung dan usus halus. Proses digesti ini secara kimiawi melibatkan enzim pencernaan.

- 3) Absorpsi (Penyerapan), proses penyerapan zat-zat gizi melalui villi-villi usus ke dalam vaskuler dan kemudian ditranspor sampai ke tingkat sel.
- 4) Eliminasi proses pengeluaran sisa makanan yang tidak diabsorpsi melalui mekanisme defekasi atau BAB.

2.1.4 Etiologi

Penyebab apendisitis belum di ketahui secara pasti. Namun, ada beberapa faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks (Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati, 2015) diantaranya sebagai berikut:

- 1) Faktor sumbatan merupakan faktor terpenting terjadinya apendisitis (90%) yang diikuti oleh infeksi.
- 2) Faktor adanya bakteri beberapa bakteri yang bisa menyebabkan apendisitis antara lain *Bacteriodes fragililis*, *E.coli*, *Splanchicus*, *Lacto-basilus*, *Pseudomonas*, dan *Bacteriodes splanicus*.
- 3) Faktor keturunan pada radang apendiks diduga juga merupakan faktor herediter. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga terutama yang kurang serat dapat memudahkan terjadinya fekhalith dan mengakibatkan obstruksi lumen.
- 4) Faktor ras dan diet Negara yang mengonsumsi makanan tinggi serat berisiko lebih rendah terkena apendisitis daripada Negara berkembang yang tidak mengonsumsi tinggi serat.

2.1.5 Tanda dan Gejala

- 1) Nyeri, kram di daerah perumbilikus menjalar ke kuadran kanan bawah

- 2) Demam tinggi
- 3) Mual
- 4) Muntah
- 5) Malaise
- 6) Anorexia
- 7) Nyeri tekan local pada titik Mc Burney
- 8) Nyeri tekan lepas
- 9) Konstipasi
- 10) Kadang-kadang disertai diare
- 11) Bising usus menurun atau tidak ada sama sekali
- 12) Nyeri bertambah jika beraktivitas (berjalan, batuk, mengedan)

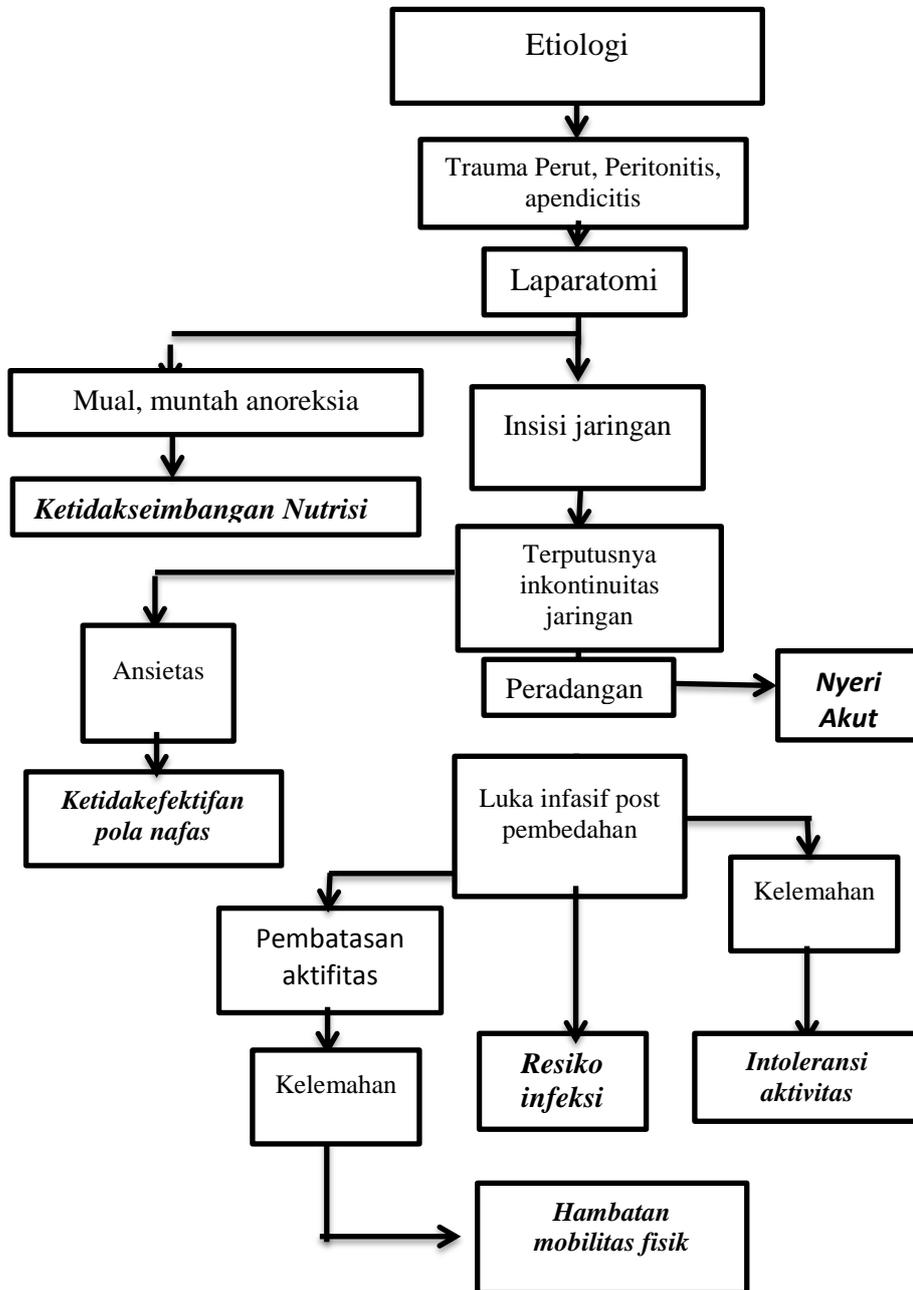
(Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati, 2015)

2.1.6 Patofisiologi

Trauma adalah cedera / rudapaksa atau kerugian psikologis atau emosional. (Dorland 2017.) Trauma adalah luka atau cedera fisik lainnya atau cedera fisiologis akibat gangguan emosional yang hebat. Trauma adalah penyebab kematian paling utama pada anak dan orang dewasa kurang dari 44 tahun. Penyalagunaan alkohol adalah obat yang telah menjadi faktor komplikasi pada trauma tumpul dan tembus serta trauma yang disengaja atau tidak disengaja. trauma abdomen adalah cedera pada abdomen, dapat berupa trauma tumpul dan tembus serta gtrauma yang disengaja atau tidak disengaja. Trauma abdomen merupakan luka pada isi rongga perut bisa terjadi dengan atau tanpa tembusnya dinding perut dimana pada penanganan /penatalaksanaan dapat bersifat kedaruratan dapat pula dilakukan

tindakan laparotomi. tusukan / tembakan, pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman dapat mengakibatkan terjadinya trauma abdomen sehingga harus dilakukan laparotomi. Trauma tumpul abdomen dapat mengakibatkan individu kehilangan darahmemar / jejas pada dinding perut, kerusakan organ organ nyeri, iritasi cairan usus. Sedangkan trauma tembus abdomen dapat mengakibatkan hilangnya seluruh atau 6 xix sebagian fungsi organ, respon stres simpatis, perdarahan atau pembekuan darah, kontaminasi bakteri, kematian sel. Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ dan respon stres dari saraf simpatis akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit, syok dan perdarahan, kerusakan pertukaran gas, resiko tinggi terhadap infeksi, nyeri akut. (Doland, 2017)

Bagan 2.1 Patofisiologi Laparatomi



(sumber : Doland, 2017)

2.1.7 Klasifikasi

- 1) Apendisitis akut merupakan peradangan pada apendiks dengan tanda radang pada daerah sekitar yang bersifat terlokalisasi, baik disertai rangsangan peritoneum local maupun tanpa penyerta.
- 2) Apendisitis rekrens adalah peradangan pada apendiks karena adanya fibrosis dari riwayat apendiktomi yang sembuh spontan memunculkan rasa nyeri di perut kanan bawah yang mendorong perlu dilakukan apendiktomi.
- 3) Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut, dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan hilang setelah apendiktomi (Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati, 2015).

2.1.8 Komplikasi

1) Perforasi apendiks

Perforasi jarang terjadi dalam 8 jam pertama, observasi aman untuk dilakukan dalam masa tersebut. Tanda-tanda perforasi meliputi meningkatnya nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang terlokalisasi, ileus, demam, malaise, dan leukositosis semakin jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak klien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti.

2) Peritonitis

Bila terjadi peritonitis umum terapi spesifik yang dilakukan adalah operasi untuk menutup asal perforasi. Bila terbentuk abses apendiks akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung kearah rectum atau vagina.

3) Dehidrasi

4) Sepsis

5) Elektrolit darah tidak seimbang

6) Pneumoni (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010)

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Fisik

Ada 2 cara pemeriksaan :

a. Psoas Sign

Klien terlentang, tungkai kanan lurus dan ditahan oleh pemeriksa. Klien disuruh aktif memfleksikan articulation coxae kanan, akan terasa nyeri di perut kanan bawah (cara aktif). Klien miring ke kiri, paha kanan dihiperekstensi oleh pemeriksa, akan nyeri di perut kanan bawah (cara pasif).

b. Obturator Sign

Dengan gerakan fleksi dan endorotasi articulation coxae pada posisi supine akan menimbulkan nyeri. Bila nyeri berarti kontak dengan m. obturator internus, artinya apendiks terletak di pelvis.

2) Pemeriksaan Laboratorium

Terjadi leukositosis ringan (10.000-20.000 / ml) dengan peningkatan jumlah netrofil.

3) Pemeriksaan Radiologi

Tampak distensi sekum pada apendisitis akut.

4) USG

Menunjukkan densitas kuadran kanan bawah / kadar aliran udara terlokalisasi (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010).

2.1.10 Penatalaksanaan

A. Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis seringkali masih belum jelas. Dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuaskan. Laktasif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis ataupun bentuk peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik. Foto abdomen dan thorak 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.

2) Antibiotik

Apendisitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotik, kecuali apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi.

B. Operasi

1) Appendectomy

Penatalaksanaan apendisitis dengan prosedur pembedahan appendectomy adalah pengangkatan apendiks yang terinflamasi. Pada prosedur appendectomy, insisi dilakukan pada bagian titik *Mc. Burney* saja.

2) Laparotomi

Laparotomi adalah prosedur yang membuat irisan vertikal besar pada dinding perut ke dalam rongga perut dan mencari sumber kelainannya (eksplorasi). Setelah ditemukan sumber kelainannya, biasanya dokter bedah akan melanjutkan tindakan yang spesifik sesuai dengan kelainan yang ditemukan.

3) Laparoskopi

Laparoskopi adalah teknik melihat ke dalam rongga perut tanpa melakukan pembedahan besar. Menurut sumber lain, laparoskopi adalah teknik bedah invasif minimal yang menggunakan alat-alat berdiameter kecil untuk menggantikan tangan dokter bedah melakukan prosedur pembedahan di dalam rongga perut.

C. Pasca operasi

Penatalaksanaan klien *Post Operasi* yaitu berupa observasi tanda-tanda vital dan manajemen nyeri. Observasi tanda-tanda vital perlu dilakukan

untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia, dan gangguan pernapasan. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan.

Selama itu klien dipuaskan sampai bising usus kembali normal. Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perporasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Setelah 4-5 jam keluar dari kamar operasi klien bisa diberikan test feeding dengan berkolaborasi terlebih dahulu dengan dokter dan petugas instalasi gizi (cek bising usus terlebih dahulu). Keesokan harinya diberikan makanan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak (sesuai diit yang dianjurkan). Satu hari pasca operasi klien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri Akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhir dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan (NANDA 2018-2020)

1.2.2 Penyebab Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

a. Fisik (termal, mekanik, elektrik)

b. Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri.

1.2.3 Intensitas Nyeri

a. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri (Gambar 2). Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata klien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri. (Yudiyanta & Novita, 2015)

b. Visual Analog Scale (VAS)

Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang

nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (Gambar 1). Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/beda rasa nyeri. Digunakan pada klien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi. (Yudiyanta & Novita, 2015)

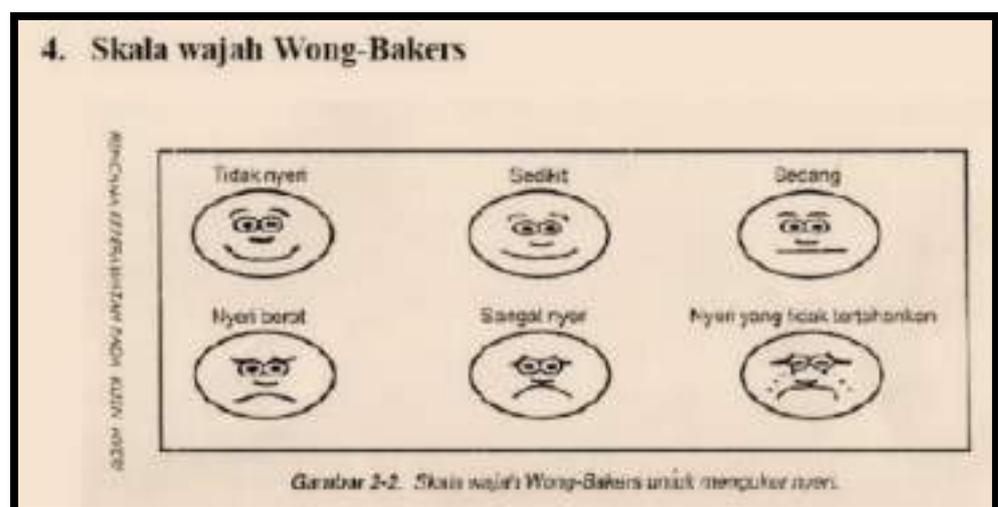
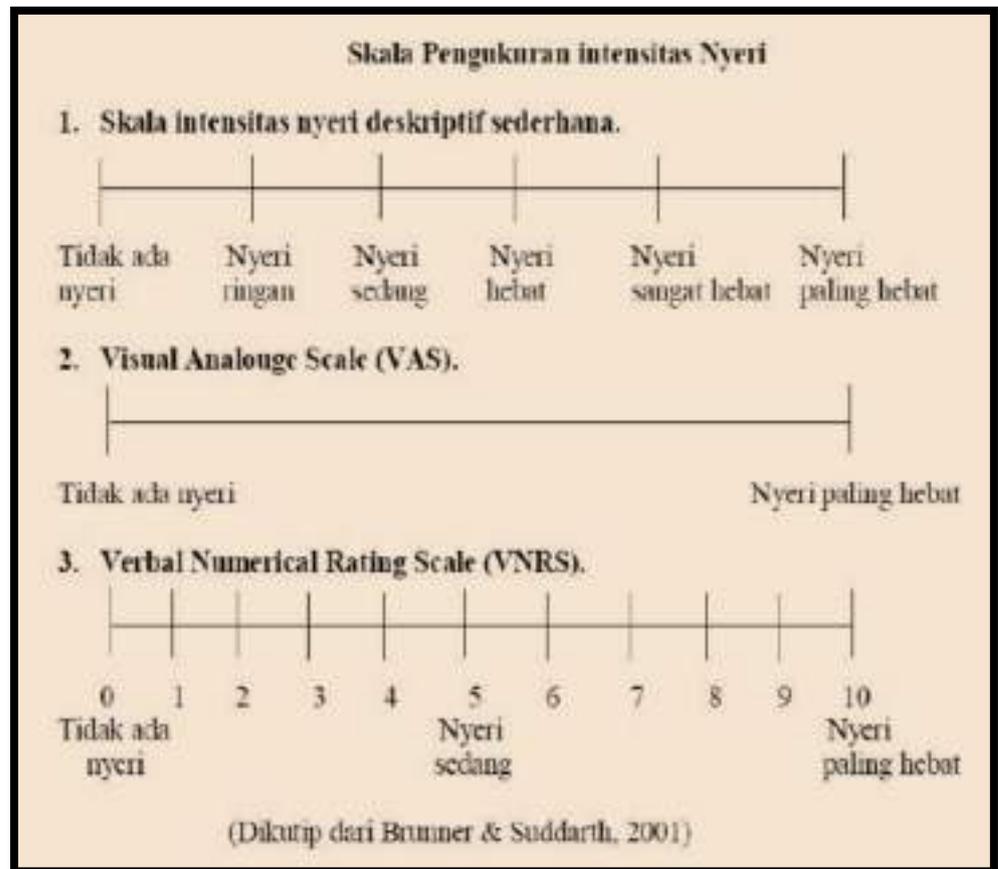
c. Numeric Rating Scale (NRS)

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik. (Yudiyanta & Novita, 2015)

d. Wong Baker Pain Rating Scale

Digunakan pada klien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. (Yudiyanta & Novita, 2015)

Gambar 2.12
Pengukuran Skala Nyeri



(Sumber: Smeltzer, 2017)

Skala nyeri unidimensional ini meliputi Visual Analog Scale (VAS), Verbal Rating Scale (VRS), Numeric Rating Scale (NRS), Wong Baker Paim Rating Scale. Dari ke empat teknik pengukuran skala nyeri diatas paling sering digunakan atau dipakai adalah Numeric Rating Scale (NRS) terutama dalam pengukuran skala nyeri akut dan mudah dimengerti.

1.2.4 Klasifikasi Nyeri

Menurut Hinchliff, Montauge, & Watson (1996) dalam Solehati & Kosasih (2015) nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. Di bawah ini akan dijelaskan tentang nyeri akut dan kronis.

a. Berdasarkan patofisiologi

(1) Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktivasi nosiseptor saraf A- δ dan C yang berlangsung secara terus-menerus oleh stimulus noxious (jejas, penyakit, inflamasi). Nyeri nosiseptif dapat dibagi lebih lanjut menjadi :

a) Nyeri viseral (berasal dari organ viseral)

b) Nyeri somatik (berasal dari jaringan seperti kulit, otot, kapsul sendi, dan tulang

(2) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik disebabkan gangguan sinyal pada sistem saraf pusat atau perifer atau menggambarkan jejas atau kerusakan pada sistem saraf. Penyebab biasanya trauma, inflamasi, penyakit metabolic (misal,

diabetes), infeksi (misal, herpes zoster), tumor, toksin, atau penyakit neurologis primer.

b. Berdasarkan waktu

(1) Nyeri akut

Nyeri akut awalnya didefinisikan hanya berdasarkan batas waktu. Namun, kini dikenal definisi yang lebih luas, yaitu pengalaman kompleks yang tidak menyenangkan, terkait dengan emosi, kognitif, dan sensorik, sebagai respon terhadap trauma jaringan. Nyeri akut awalnya dirasakan sebagai nyeri dengan intensitas tertinggi yang kemudian berangsur-angsur menghilang bersamaan dengan sembuhnya jejas yang mendasar. Nyeri akut biasanya bersifat nonseseptif. Meskipun hanya berlangsung sebentar, jika dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, *remodeling* neuron, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Oleh karena itu, tatalaksana nyeri akut dilakukan secara agresif.

(2) Nyeri kronis

Nyeri kronis dulu didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 3-6 bulan setelah jejas berlangsung. Kini, nyeri kronis adalah nyeri yang berlanjut setelah proses penyembuhan, dengan intensitas jejas yang minimal yang tidak cukup menjelaskan adanya rasa nyeri tersebut. Ada juga yang mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri persisten yang mengganggu tidur dan kehidupan sehari-hari atau mengurangi derajat kesehatan dan kemampuan fungsional individu.

1.2.5 Fisiologi Nyeri

Secara garis besar, nyeri terjadi akibat dari sensitasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multiple yaitu nosisepsi, sensitasi perifer, perubahan fenotip, sensitasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Nyeri pada post op diakibatkan dari robeknya lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat pembedahan. Nosisepsi adalah mekanisme yang menimbulkan nyeri nosiseptif dan terdiri dari proses transduksi, konduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Antara stimulus nyeri terdapat 4 proses tersendiri : *tranduksi*, *transmisi*, *modulasi*, dan *presepsi*. Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya luka sayatan) ke implus nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulus non noksius dikelompokkan sebagai berikut serabut penghantar nyeri, atau *nosiseptor*. Serabut ini adalah A-delta dan C. *Silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulus eksternal tanpa adanya mediator infalmasi. Transmisi adalah suatu proses dimana implus disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian panjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir dikornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron

spinal. Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terakhir nyeri (*pain related neural signals*). Proses ini terutama terjadi dikornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti *mu*, *kappa*, dan *delta* dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medulla oblongata, selanjutnya menuju ke medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descending ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis. Presepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Presepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis dan karakter individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang merespon terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Inociseptor.

1.2.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 yaitu :

a. Pendekatan farmakologis

Tatalaksana farmakologi yaitu pendekatan kolaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri.

b. Pendekatan Non farmakologis

Tatalaksana non farmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah.

1.3 Manfaat Teknik Tarik Nafas Dalam

2.3.1 Definisi

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 mengurangi ketegangan otot, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smelzer & Bare, 2018).

1.3.2 Tujuan

Untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu dapat menurunkan intensitas nyeri dan mengurangi kecemasan (Smelzer & Bare, 2018).

1.3.3 Tahap Persiapan

- a. Persiapan lingkungan: ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
- b. Persiapan responden atau klien: klien dalam keadaan rileks

1.3.4 Tahap Pelaksanaan

- a. Atur posisi klien agar rileks, tanpa beban fisik. Posisi dapat duduk atau jika tidak mampu dapat berbaring di tempat tidur.
- b. Instruksikan klien untuk menarik atau menghirup nafas dalam dari hidung sehingga rongga paru-paru terisi oleh udara melalau hitungan 1,2,3,4 kemudian ditahan sekitar 3-5 detik.
- c. Instruksikan klien untuk menghembuskan nafas, hitung sampai tiga secara perlahan melalui mulut.
- d. Instruksikan klien untuk berkonsentrasi supaya rasa cemas yang dirasakan bisa berkurang, bisa dengan memejamkan mata.
- e. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga kecemasan klien berkurang.
- f. Ulangi sampai 10 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
- g. Lakukan maksimal 5-10 menit.

1.3.5 Efek teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Potter and Perry (2016) teknik relaksasi napas dalam yang baik dan benar akan memberikan efek yang penting bagi tubuh, efek tersebut antara lain sebagai berikut :

- a. Penurunan nadi, tekanan darah, dan pernapasan
- b. Penurunan konsumsi oksigen
- c. Penurunan ketegangan otot
- d. Penurunan kecepatan metabolisme
- e. Peningkatan kesadaran global

- f. Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan
- g. Tidak ada perubahan posisi yang volunter
- h. Perasaan damai dan sejahtera
- i. Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya sehingga pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat. Pengkajian keperawatan pada klien dengan *post operasi laparotomi eksplorasi* meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, pengkajian diagnostik, dan pengkajian penatalaksanaan medik. Pada anamnesa keluhan utama yang kemungkinan besar muncul pada klien *post operasi laparotomi eksplorasi* adalah nyeri. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan pendekatan PQRST, dimana pendekatan ini mampu membantu perawat dalam menentukan rencana atau intervensi keperawatan. Komponen-komponen dalam pengkajian diantaranya:

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Pengkajian identitas klien berupa nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor medrec, diagnosa medis dan alamat.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab baik ayah, ibu, suami, istri, atau pun anak yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

(1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Klien yang mengalami apendisitis biasanya datang ke RS dengan keluhan nyeri abdomen di kuadran kanan bawah.

(2) Keluhan utama saat dikaji

Klien dengan *post operasi laparotomi eksplorasi* mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST.

P: Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada *post operasi laparotomi eksplorasi* nyeri bertambah saat klien bergerak dan berkurang saat klien beristirahat.

Q: Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana klien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan klien. Pada klien *post operasi laparotomi eksplorasi* biasanya merasakan nyeri seperti ditekan-tekan, panas, perih seperti kesemutan.

R: Region/area radiasi. Dimana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri *post operasi laparotomi eksplorasi* dirasakan di daerah luka operasi, yaitu di abdomen/perut.

S: Severity/skala. Seberapa berat nyeri yang dirasakan dan apakah nyeri mengganggu aktivitas atau tidak. Nyeri post operasi laparotomi eksplorasi biasanya memiliki skala 4-5 (1-10).

T: Time/waktu. Kapan nyeri timbul, seberapa sering nyeri tersebut timbul dan apakah nyeri dirasakan bertahap atau tiba-tiba. Saat post operasi laparotomi eksplorasi nyeri bisa dirasakan hilang timbul.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat gangguan saluran pencernaan pada masa lalu seperti diare, dyspepsia, gangguan lambung, usus, hati, pankreas, dan sebagainya. Tanyakan apakah klien pernah sampai dirawat di rumah sakit, berapa lama, dan pulang dengan status apa (sembuh, APS, dirujuk, dan sebagainya). Riwayat pembedahan juga perlu dikaji baik pembedahan abdomen atau sistem yang lain. Adanya fluktuasi berat badan juga perlu diperhatikan untuk dikaji, karena berat badan sering menjadi parameter utama gangguan saluran pencernaan.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji secara hati-hati namun detail, karena banyak penyakit saluran pencernaan terjadi akibat pola kebiasaan pada keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan, pola diet keluarga, dan bahkan pola sanitasi

keluarga yang kurang seperti cuci tangan, tempat BAB, dan pola memasak makanan.

4) Pola aktivitas sehari-hari

Disini dikaji pola aktivitas klien di rumah (sebelum sakit) dan selama di RS. Pengkajian pola aktivitas ini meliputi pola nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, personal hygiene dan aktivitas. Pada klien post operasi laparotomi eksplorasi biasanya dipuaskan terlebih dahulu sampai bising ususnya kembali normal. Untuk klien post operasi laparotomi eksplorasi aktivitasnya jadi sedikit terhambat akibat proses pembedahan sehingga perlu bantuan keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya.

1) Pola nutrisi

Pola nutrisi yang harus dikaji meliputi frekuensi, jenis makan minum, porsi makan minum, dan keluhan saat makan atau setelah makan seperti mual dan muntah. Kemudian kaji pola kebiasaan makan makanan yang rendah serat karena makan rendah serat merupakan faktor pencetus terjadinya apendiksitis.

2) Pola eliminasi

Pada klien post operasi biasanya susah BAB atau susah flatus karena pengaruh dari anastesi yang menurunkan peristaltik usus.

3) Pola istirahat tidur

Pada pola istirahat tidur yang perlu dikaji adalah frekuensi periode istirahat dan jumlah jam tidur serta kualitas tidur, kaji adanya gangguan

pemenuhan kebutuhan tidur, karena biasanya pada klien dengan post operasi nyeri yang dirasakan dapat menimbulkan gangguan pada pola istirahat tidur.

4) Pola personal hygiene

Pada pola personal hygiene yang perlu dikaji adalah kemampuan klien perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku dan lain-lain. Pada klien post operasi biasanya tidak mampu melakukan sendiri karena nyeri yang dirasakan.

5) Pola aktivitas

Pada pola aktivitas apakah klien melakukan tugas secara mandiri atau dibantu oleh keluarga ataupun perawat, pada klien dengan post operasi biasanya dengan adanya nyeri pola aktivitas dibantu.

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan biasanya menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan persistem secara berurutan dimulai dari sistem pernafasan, kardiovaskuler, pencernaan, genitourinaria, endokrin, persyarafan, integumen, muskuloskeletal, penglihatan, wicara dan THT. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik persistem, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan TTV dan antropometri.

a) Sistem pernapasan

Klien *post operasi laparotomi eksplorasi* biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (*takipneu*) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri.

b) Sistem kardiovaskuler

Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri *post operasi*

c) Sistem pencernaan

Terdapat luka *post operasi laparotomi eksplorasi* di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Klien *post operasi laparotomi eksplorasi* biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual.

d) Sistem genitourinaria

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada klien *post operasi laparotomi eksplorasi*. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal *post operasi laparotomi* (biasanya klien dipuasakan).

e) Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya klien *post operasi laparotomi eksplorasi* tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin.

f) Sistem persarafan

Mengkaji tingkat kesadaran klien, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada klien *post operasi laparatomi eksplorasi* klien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan.

g) Sisten integumen

Adanya luka *post operasi laparatomi eksplorasi* pada abdomen. Sehingga perlu dikaji tanda-tanda radang pada daerah luka, kemerahan atau dekubitus pada daerah yang tertekan. Kemudian turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

h) Sistem muskuloskeletal

Pada klien *post operasi laparatomi eksplorasi* dapat mengalami kelemahan post operasi. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur.

i) Sistem penglihatan

Pada klien *post operasi laparatomi eksplorasi* biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan.

6) Data psikologis

Data psikologi yang dikaji pada klien meliputi status emosi klien, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri. Klien *post operasi laparatomi eksplorasi* biasanya memiliki kekhawatiran pada proses penyembuhan luka, dan terkadang jadi cepat merasa tersinggung atau cepat marah.

7) Data sosial

Dikaji hubungan klien dengan keluarganya sendiri, klien dengan petugas pelayanan kesehatan tempat klien dirawat dan hubungan klien dengan sesama pasien di ruangan tempat klien dirawat.

8) Data spiritual

Menyangkut keyakinan kepada Tuhan Yang Maha Esa, keyakinan akan kesembuhan, harapan kesembuhan serta kegiatan ibadah sebelum dan selama dirawat. Dan mengkaji keyakinan klien akan Tuhan yang berhubungan dengan kondisi sakit klien saat ini.

9) Data penunjang

Pada klien apendisitis biasanya penegakkan diagnosa medik akan ditunjang oleh hasil pemeriksaan laboratorium, dan USG abdomen. Pada kasus apendisitis biasanya terjadi peningkatan jumlah leukosit.

b. Analisa Data

Setelah semua data terkumpul kemudian data akan dianalisis dan digolongkan menjadi data subjektif dan objektif sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual ataupun potensial. Mengacu pada Doenges (2012), diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada klien dengan post operasi adalah:

- a. Nyeri berhubungan dengan adanya insisi bedah.
- b. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi (puasa)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (insisi bedah)
- d. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi.

2.4.3 Perencanaan

Perencanaan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Dari diagnosa keperawatan yang didapatkan, rencana tindakan keperawatan pada klien post operasi menurut Doenges (2012) diantaranya:

- a. Nyeri berhubungan dengan adanya insisi bedah.

Table 2.1

Intervensi Nyeri Akut

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan kulit	<p>NOC</p> <p><i>a. Pain level</i></p> <p><i>b. Pain control</i></p> <p><i>c. Comfort level</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>NIC</p> <p>Pain Manajement</p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien</p> <p>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>6. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</p>

-
7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
 8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
 9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
 11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
 12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas dalam)
 13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
 14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
 15. Tingkatkan istirahat
 16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
 17. Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri
-

(sumber: Doenges, 2012)

- b. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi (puasa)

Table 2.2**Intervensi Resiko Kekurangan Volume Cairan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
2	Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi (puasa).	Kriteria Hasil : klien dapat mempertahankan keseimbangan cairan tubuh dibuktikan oleh kelembapan membran mukosa, turgor kulit baik, tanda vital stabil dan secara individual haluaran urine adekuat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Awasi tekanan dan nadi. 2. Lihat membran mukosa, kaji turgor kulit pengisian kapiler. 3. Awasi masukan dan haluaran; catat warna urine/konsentrasi, berat jenis. 4. Auskultasi bising usus. Catat kelancaran flatus, gerakan usus. 5. Berikan sejumlah kecil minuman jernih bila pemasukan per oral dimulai, dan lanjutkan dengan diet sesuai toleransi. 6. Berikan perawatan mulut sering dengan perhatian khusus pada perlindungan bibir. 7. Kolaborasi pemberian cairan IV dan elektrolit.

(sumber: Doenges, 2012)

c. Resiko infeksi berhubungan prosedur invasif (insisi bedah)

Table 2.3**Intervensi Resiko Infeksi**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
3	Resiko infeksi berhubungan prosedur invasif (insisi bedah)	Kriteria Hasil: klien dapat meningkatkan penyembuhan luka dengan benar, bebas tanda infeksi/inflamasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Awasi tanda vital. Perhatikan tanda demam, menggigil, berkeringat. 2. Lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik. Berikan perawatan paripurna. 3. Lihat insisi dan balutan. 4. Berikan informasi yang tepat, jujur pada pasien/orang terdekat 5. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi

(sumber: Doenges, 2012)

d. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi.

Table 2.4

Intervensi Kurang Pengetahuan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
4	Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi.	Kriteria Hasil : 1. Menyatakan pemahaman proses penyakit, pengobatan dan potensial komplikasi. 2. Berpartisipasi dalam program pengobatan.	1. Kaji ulang pembatasan aktivitas pasca operasi. 2. Dorong aktivitas sesuai toleransi dengan periode istirahat periodic. 3. Anjurkan penggunaan laktasif/pelembek feses ringan bila perlu dan hindari enema. 4. Diskusikan perawatan insisi, termasuk mengganti balutan, pembatasan mandi, dan kembali ke dokter untuk mengangkat jahitan/pengikat. 5. Identifikasi gejala yang memerlukan evaluasi medik, contoh peningkatan nyeri; edema/eritema luka, adanya drainase, demam.

(sumber: Doenges, 2012)

2.4.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan (Potter & Perry, 2011). Proses implementasi mencakup (Kozier, 2011):

- a. Mengkaji kembali pasien
- b. Menentukan kebutuhan perawatan terhadap bantuan
- c. Mengimplementasikan intervensi keperawatan

d. Melakukan surprise terhadap asuhan yang di delegasikan

e. Mendokumentasikan tindakan keperawatan

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi dapat dikatakan sebagai acuan untuk menilai apakah asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien berhasil atau tidak dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOPIER.

a. S: Data Subjektif

Keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O: Data Objektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A: Analisis

Tafsiran dari data subjektif dan objektif terhadap suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosa baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

d. P: *Planning*

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

e. I: Implementasi

Tindakan keperawatn yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P.

f. E: Evaluasi

Respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R: *Reassessment*

Pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah rencana dari tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

Pada klien *post operasi laparatomi eksplorasi* hasil kriteria evaluasi yang diharapkan menurut Nurarif dan Kusuma (2015), adalah :

1. Mampu mengontrol nyeri (menggunakan teknik nonfarmakologi)
2. Klien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri.
Skala nyeri (0-1)
3. Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
4. Klien tidak menunjukkan reaksi non verbal dari ketidaknyamanan akibat nyeri (wajah klien tidak tampak meringis)
5. Tanda-tanda vital dalam batas normal
TD:100/60-140/100 mmHg

N :60-100x/menit

R :16-20x/menit

S :36,5-37,5 C

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan dengan cara membandingkan persamaan dan perbedaan sebagai fenomena untuk mencari faktor-faktor apa, atau situasi seperti apa yang menyebabkan timbulnya peristiwa tertentu. Studi ini dimulai dengan mengadakan pengumpulan fakta tentang faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya peristiwa tertentu, kemudian dibandingkan dengan situasi lain, atau sekaligus membandingkan peristiwa dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, dari dua atau beberapa sampel. Setelah mengetahui persamaan dan perbedaan penyebab timbulnya peristiwa tersebut, selanjutnya ditetapkan bahwa faktor yang menyebabkan munculnya peristiwa pada objek yang diteliti itulah sebenarnya yang menyebabkan peristiwa tersebut, baik pada objek yang diteliti maupun pada objek yang diperbandingkan.

Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

3.2 Batasan Istilah

Pada penelitian ini, peneliti melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota

Tasikmalaya dengan tindakan Penanganan Nyeri Akut dengan Relaksasi Nafas Dalam, maka penyusun studi kasus harus menjabarkan tentang konsep Post Operasi Laparatomi Eksplorasi dan Nyeri Akut.

3.2.1 Post Operasi Laparatomi Eksplorasi

Laparatomi adalah prosedur tindakan pembedahan dengan membuka cavum abdomen dengan tujuan untuk mengetahui sumber nyeri akut akibat trauma dan melakukan perbaikan (Jitowiyono, 2017). Post Operasi Laparatomi Eksplorasi merupakan tahapan setelah proses pembedahan pada area abdomen (Laparatomi) dilakukan.

3.2.2 Nyeri Akut

Nyeri Akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhir dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan (NANDA 2018-2020)

3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian

Peneliti memilih dua orang klien sebagai responden dalam melaksanakan penelitian ini. Peneliti memilih responden yang kedua-duanya adalah perempuan klien 1 Ny. S usia 59 tahun dan klien 2 Ny. P usia 57 tahun.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

3.4.2 Waktu

Penelitian pada klien 1 (Ny. S) dilakukan pada tanggal 20 Desember 2019 sampai 22 Desember 2019 sedangkan penelitian pada klien 2 (Ny. P) dilakukan pada tanggal 28 Desember 2019 sampai 30 Desember 2019.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan Data adalah pengumpulan informasi yang dilakukan secara sistematis dan kontinu tentang status kesehatan klien untuk menentuksn berbagai masalah serta kebutuhan keperawatan klien (Nadia Evania, 2013). Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang digunakan adalah metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan studi kepustakaan :

3.5.1 Wawancara

Wawancara adalah suatu pola dalam memulai komunikasi dengan tujuan yang spesifik dan terarah dalam area tertentu. Dalam keperawatan tujuan utama dari wawancara, yaitu untuk mengetahui riwayat kesehatan atau keperawatan, mengidentifikasi kebutuhan kesehatan. Untuk metode wawancara, peneliti menjadikan klien dan keluarga sebagai narasumber yang memberikan informasi terkait dengan status kesehatan klien di masa sekarang maupun masa lalu. (Nadia Evania, 2013).

3.5.2 Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah keperawatan. Dua hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan pengamatan yaitu tidak melakukan stimulasi kepada klien, sehingga data yang diperoleh murni dan melakukan seleksi serta interpretasi dari data yang diamati menyangkut aspek bio, psiko, sosio, dan spiritual klien. (Nadia Evania, 2013).

Peneliti melakukan observasi langsung pada kedua partisipan selama 3 hari. Dimana, observasi pada partisipan pertama dilakukan dari tanggal 20 Desember 2019 s.d. tanggal 22 Desember 2019. Sedangkan pada partisipan kedua, observasi dimulai dari tanggal 28 Desember 2019 s.d. 30 Desember 2019.

3.5.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data yang sistematis dengan memakai indra penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rasa untuk mendeteksi masalah kesehatan klien. Selain itu, pemeriksaan fisik juga menggunakan prinsip *head to toe* . sedangkan perawat menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Nadia Evania, 2013).

3.5.4 Studi dokumentasi

Studi dokumentasi yaitu dengan pengambilan data dari berkas rekam medik klien, pemeriksaan laboratorium dan radiologi, riwayat berobat dan pengobatan.

3.5.5 Studi Perpustakaan

Dalam studi kepustakaan peneliti membaca buku-buku dan karya tulis yang berhubungan dengan kasus.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data yang dilakukan pada penelitian ini dengan : Sumber informasi tambahan menggunakan trigulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Sumber informasi diambil dari surat persetujuan responden (terlampir), lembar observasi yang telah diberi paraf oleh pembimbing lapangan/ perawat ruangan (terlampir), jurnal asuhan keperawatan tentang Relaksasi nafas Dalam pada klien Post Operasi Laratomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut.

3.7 Analisa Data

Dalam penelitian ini, analisis data merupakan kegiatan yang dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data dari seluruh responden sampai dengan semua sumber data lain terkumpul. Analisis data dilakukan dengan membandingkan fakta dan teori yang ada, kemudian dituangkan dalam pembahasan. (Nadia Evania, 2013).

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara dengan mengajukan pertanyaan secara langsung pada keluarga, perawat, dan petugas kesehatan yang lain mengenai identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu dengan penyakitnya kemudian di catat atau di rekam, observasi digunakan untuk memeriksa tanda-tanda vital dan keadaan fisik dari kepala sampai kaki dengan menggunakan 4 cara yakni inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, setiap tindakan atau data yang terkumpul dokumentasikan dalam catatan atau rekaman.

Lalu hasilnya ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur)

3.7.2 Reduksi data

Hasil data yang terkumpul dalam catatan lapangan disatukan dalam catatan yang lebih terstruktur yang kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Data tersebut selanjutnya dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan dan dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Bentuk penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Identitas klien menggunakan inisial, hal ini dimaksudkan untuk menjaga kerahasiaan Identitas klien.

3.7.4 Kesimpulan

Langkah selanjutnya adalah tahap penarikan kesimpulan berdasarkan temuan dan melakukan verifikasi data. Data yang disajikan tersebut akan dibahas dan dibandingkan dengan hasil penelitian yang lalu dan secara teoritis. Data yang dikumpulkan kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi. Tahapannya adalah data yang dikumpulkan terkait dengan pengkajian kemudian ditentukan diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etik Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang penting, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia (Hidayat, 2011). Etika penelitian adalah bentuk petanggung jawaban peneliti terhadap penelitian keperawatan yang dilakukan. Bahwa ada beberapa aturan etika

yang harus ditaati oleh peneliti dan berlaku bagi semua metode penelitian, diantaranya adalah peneliti tidak dapat memaksa seseorang untuk terlibat dalam penelitian. seperti jika klien meminta identitasnya dirahasiakan, peneliti wajib memenuhinya, seorang peneliti tidak bisa memaksanya menjadi subjek bila yang bersangkutan menolaknya. Etika yang mendasari dilaksanakannya penelitian terdiri dari *informed consent* (persetujuan sebelum melakukan penelitian untuk dijadikan responden), *anonymity* (tanpa nama), dan *confidentiality* (kerahasiaan)

3.8.1 *Informed Consent* (Persetujuan)

Dalam pelaksanaan di lapangan penulis terlebih dahulu melakukan Informed Consent terhadap kedua klien sebelum melakukan asuhan keperawatan dengan cara salam terapeutik, pengenalan diri, kontrak waktu, tujuan dari perbincangan dan persetujuan klien, baik secara tertulis maupun secara lisan, untuk validitas, terdapat lembar persetujuan menjadi responden yang di setujui oleh klien pada lampiran karya tulis ilmiah ini.

3.8.2 *Anonymity* (Tanpa Nama)

Peneliti harus menjaga privasi klien dan tidak membocorkan informasi klien pada orang lain. Setiap informasi klien yang berhubungan dengan penelitian akan dirahasiakan identitasnya dengan cara menggunakan inisial.

3.8.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Dalam hal ini peneliti harus menjaga rahasia klien. Pada saat melakukan penelitian, peneliti tidak diperbolehkan membicarakan hal-hal yang berkaitan dengan klien pada orang lain.

3.8.4 *Beneficence* (Berbuat Baik)

Pada prinsip ini peneliti melakukan tindakan yang dianggap memiliki dampak lebih baik dan menguntungkan untuk klien. Tindakan Relaksasi Nafas Dalam dipilih untuk penanganan Nyeri Akut karena dapat mengurangi Nyeri Post Operasi, selain itu Tindakan Relaksasi Nafas Dalam juga dapat membantu mempercepat perbaikan bising usus pasca anestesi, dan mempercepat perbaikan fisiologis sistem lainnya.

3.8.5 *Nonmaleficence* (Tidak merugikan)

Penelitian tidak boleh menimbulkan bahaya/cedera fisik maupun psikologis pada klien. Saat Relaksasi Nafas dalam dilakukan kemudian klien merasa tidak nyaman maka peneliti harus menghentikan untuk sementara. Kemudian bisa dilanjutkan di waktu berikutnya.

3.8.6 *Veracite*

Nilai ini bukan Cuma dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberian layanan kesehatan. Untuk menyampaikan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Klien memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ingin tahu.

3.8.7 *Justice* (Keadilan)

Peneliti bertindak adil terhadap kedua klien dengan tidak membedakan. Saat klien pertama diberi tindakan Relaksasi Nafas Dalam, maka klien kedua pun akan diberikan tindakan yang sama.

3.8.8 *Fidely* (Menepati Janji)

Tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Penulis menjamin komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada kedua klien sesuai kontrak waktu yang telah di lakukan. menepati janji setelah kontrak waktu dan pemberian terapi tepat waktu.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya yang beralamat Jalan Rumah Sakit Umum No.33, Empangsari, Tawang, Tasikmalaya, Jawa Barat 46113. Jenis RSUD dr. Soekardjo adalah RSUD kelas B non-pendidikan. Direktur RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya adalah Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes. RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya memberikan berbagai pelayanan medis diantaranya : IGD, Poli Klinik Spesialis, Instalasi Rawat Jalan. Luas tanah 32.770 M, luas bangunan 28.841 M. RSUD dr. Soekardjo memiliki kapasitas tempat tidur di bagian Instalasi Rawat Inap berjumlah 480 tempat tidur dan Instalasi Khusus berjumlah 32 tempat tidur. Penulis melakukan pengumpulan data selama 2 minggu di Ruang Melati 4. Ruang Melati 4 adalah salah satu ruang rawat inap bedah di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya, diruangan ini terdapat 1 kelas yaitu kelas 3, diruangan ini memiliki 50 tempat tidur yang terdiri dari 48 tempat tidur rawat gabung dan 2 tempat tidur ruang isolasi. Selain itu di ruangan ini terdapat ruang tindakan, ruang perawat, ruang kepala ruangan, ruang spoel hook, tempat administrasi dan ruangan mahasiswa.

4.1.2 Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Pengkajian

Tabel 4. 1

Pengumpulan Data

1) Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. S	Ny. P
Tempat Tanggal Lahir	04 Februari 1960	10 Mei 1962
Umur	59 tahun	57 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Status pernikahan	Menikah	Menikah
Suku / Bangsa	Sunda / Indonesia	Sunda / Indonesia
Tanggal Masuk RS	18 Desember 2019 Jam 09.00 WIB	23 Desember 2019 Jam 11.00 WIB
Tanggal Pengkajian	20 Desember 2019 Jam 07.30 WIB	28 Desember 2019 Jam 18.30 WIB
Tanggal / Rencana Operasi	19 Desember 2019 Jam 09.00 WIB	28 Desember 2019 11.00 WIB
No. Medrec	16962197	13873231
Diagnosa Medis	Post Operasi Laparotomi Eksplorasi atas Indikasi Apendisitis Akut	Post Operasi Laparotomi Eksplorasi atas Indikasi Apendisitis Akut
Alamat	Gunung Subang, Kawalu Kota Tasikmalaya	KP. Golempang Purbaratu Kota Tasikmalaya
Identitas Penanggung Jawab		
Nama	Tn. N	Ny. A
Umur	64 tahun	32 tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
Pendidikan	SMP	SMA
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Ibu Rumah Tangga
Agama	Islam	Islam
Hubungan Dengan Klien	Suami	Anak Kandung
Alamat	Gunung Subang, Kawalu Kota Tasikmalaya	KP. Golempang Purbaratu Kota Tasikmalaya

Tabel 4. 2

Riwayat Kesehatan

2) Riwayat Penyakit		
Riwayat Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Sekarang		
Keluhan Utama	Masuk	
Rumah sakit	Klien mengatakan klien dibawa ke IGD Rumah Sakit pada tanggal 18 Desember	Klien mengatakan klien dibawa ke IGD Rumah Sakit pada tanggal 23

	2019 dengan keluhan nyeri perut bagian kanan bawah sampai ke pinggang, meriang, dan pusing. Saat di IGD klien langsung mendapat tindakan yaitu pemasangan infus RL 16 tpm, inject obat ranitidin 50 mg intra vena, dan ceftriaxone 1 gr intra vena.	Desember dengan keluhan nyeri perut bagian kanan bawah, disertai mual dan sakit kepala. Saat di IGD klien langsung mendapat tindakan yaitu pemasangan infus RL 16 tpm, inject obat ranitidin 50 mg intra vena, dan ceftriaxone 1 gr intra vena.
Keluhan Utama Saat Dikaji	Saat dilakukan pengkajian tanggal 20 Desember 2019. Klien mengeluh nyeri dibagian perut pada luka Post Operasi (Luka Operasi \pm 15 cm). Klien mengatakan nyeri bertambah ketika luka dibersihkan, dan berkurang saat klien beristirahat, nyeri menjalar kebagian perut bawah, nyeri dirasakan seperti ditekan-tekan, panas, perih seperti kesemutan. Dengan skala nyeri 5 (1-10) nyeri dirasakan hilang timbul.	Saat dilakukan pengkajian tanggal 28 Desember 2019. Klien mengeluh nyeri dibagian perut pada luka Post Operasi (Luka Operasi \pm 12 cm). Klien mengatakan nyeri bertambah jika klien bergerak, dan berkurang saat klien beristirahat, nyeri menjalar kebagian perut bawah, nyeri dirasakan seperti keram, panas, perih. Dengan skala nyeri 4 (1-10) nyeri dirasakan hilang timbul.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Klien mengatakan ini pertama kalinya klien mengalami sakit seperti yang dideritanya saat ini. Klien juga mengatakan tidak memiliki penyakit menular dan penyakit keturunan seperti darah tinggi / Hipertensi, darah rendah / Hipotensi, DM, TBC, Asma dan HIV.	Klien mengatakan ini pertama kalinya klien mengalami sakit seperti yang dideritanya saat ini. Klien juga mengatakan tidak memiliki penyakit menular dan penyakit keturunan seperti darah tinggi / Hipertensi, darah rendah / Hipotensi, DM, TBC, Asma dan HIV.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Klien mengatakan keluarga tidak ada yang mengalami penyakit yang sama dengan klien, keluarganya juga tidak ada yang memiliki penyakit yang menular dan turunan seperti darah tinggi, darah rendah, DM, TBC, asma dan HIV.	Klien mengatakan keluarga tidak ada yang mengalami penyakit yang sama dengan klien, keluarganya juga tidak ada yang memiliki penyakit yang menular dan turunan seperti darah tinggi, darah rendah, DM, TBC, asma dan HIV.

3) Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 4. 3

Pola Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas	Klien 1		Klien 2	
	Di Rumah	Di Rumah Sakit	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Nutrisi				
a. Makan				
Frekuensi	2-3 kali/hari	Klien	3 kali/hari	Klien
Jenis	Nasi,sayur,lauk	dipuaskan	Nasi,sayur,lauk	dipuaskan
Porsi	1 porsi	(sampai BU (+))	1 porsi	(sampai BU
Keluhan	Tidak ada keluhan		Tidak ada keluhan	(+))
b. Minum				
Frekuensi	6-8 kali/hari	Klien	8 kali/hari	Klien
Jumlah	1500 cc/hari	dipuaskan	1500-2000	dipuaskan
Jenis	Air putih,teh	(sampai BU (+))	cc/hari	(sampai BU
Keluhan	Tidak ada keluhan		Air putih Tidak ada keluhan	(+))
Eliminasi				
a. BAB				
Frekuensi	1-2 kali/hari	Belum BAB	1-2 kali/hari	Belum BAB
Warna	Kuning kecoklatan		Kuning kecoklatan	
Bau	Khas		Khas	
Keluhan	Tidak ada keluhan		Tidak ada keluhan	
b. BAK				
Frekuensi	3-4 kali/hari	Terpasang kateter urine	4-6 kali/hari	Terpasang kateter urine
Jumlah	1200 cc/hari	1000 cc/hari	1200 cc/hari	1200 cc/hari
Warna	Kuning	Kuning gelap	Kuning	Kuning gelap
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
Istirahat Tidur				
Siang	1-2 jam	Tidak dapat	1-2 jam	Tidak dapat
Malam	8-9 jam	tidur,akibat	8-9 jam	tidur,akibat
Keluhan	Tidak ada keluhan	Nyeri luka Post Operasi	Tidak ada keluhan	Nyeri luka Post Operasi
Personal Hygiene				
a. Mandi	2 kali/hari	Waslap	2 kali/hari	Waslap
b. Gosok gigi	2 kali/hari	-	2 kali/hari	-
c. Keramas	3 kali/minggu	-	3 kali/minggu	-
d. Gunting kuku	1 kali/minggu	-	1 kali/minggu	-
e. Ganti pakaian	2 kali/hari	2 kali/hari	2 kali/hari	2 kali/hari
Aktivitas	Saat dirumah klien beraktivitas secara mandiri	Saat dikaji klien tidak bisa melakukan aktivitas, di	Saat dirumah klien beraktivitas secara mandiri	Saat dikaji klien tidak bisa melakukan aktivitas, di

dan beraktivitas sebagai ibu rumah tangga	karenakan efek anestesi dan harus bedrest 24 jam, tampak klien hanya berbaring sehingga aktivitas dibantu oleh keluarga	dan beraktivitas sebagai ibu rumah tangga	karenakan efek anestesi dan harus bedrest 24 jam, tampak klien hanya berbaring sehingga aktivitas dibantu oleh keluarga
---	---	---	---

4) Pemeriksaan Fisik Per Sistem

Tabel 4. 4

Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
1. Keadaan Umum		
Kesadaran	Compos mentis, GCS=15 (E:4 M:6 V:5)	Compos mentis, GCS=15 (E:4 M:6 V:5)
Penampilan	Lemas	Lemas
2. Pemeriksaan Tanda-tanda vital		
Tekanan Darah	130/90 mmHg	140/80 mmHg
Nadi	108 x/menit	98 x/menit
Respirasi	22 x/menit	20 x/menit
Suhu	37,3°C	36,7°C
3. Pemeriksaan Fisik		
a) Sistem Pernafasan	Hidung simetris, mukosa hidung lembab, septum nasal ditengah, tidak Nampak pernafasan cuping hidung pada saat palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada sinus frontalis dan maksilaris. Tidak Nampak retraksi dada, bentuk dada simetris, tidak nampak penggunaan otot bantu nafas, tidak ada massa dan benjolan, tidak ada nyeri tekan. Saat diperkusi terdapat suara resonan di permukaan paru-paru. Suara paru vesikuler, tidak terdengar wheezing dan ronkhi dengan respirasi rate 22x/menit.	Hidung simetris, mukosa hidung lembab, septum nasal ditengah, tidak Nampak pernafasan cuping hidung, pada saat palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada sinus frontalis dan maksilaris. Tidak Nampak retraksi dada, bentuk dada simetris, tidak nampak penggunaan otot bantu nafas, tidak ada massa dan benjolan, tidak ada nyeri tekan. Saat diperkusi terdapat suara resonan di permukaan paru-paru. Suara paru vesikuler, tidak terdengar wheezing dan ronkhi dengan respirasi rate 20x/menit.
b) Sistem Kardiovaskuler	Konjungtiva tidak anemis, berwarna merah muda, tidak terlihat sianosis pada bibir,	Konjungtiva tidak anemis, berwarna merah muda, tidak terlihat sianosis pada bibir,

	CRT kembali <2 detik, akral teraba hangat, bentuk dada simetris, saat diperkusi terdengar dullness. Bunyi jantung S1 dan S2 reguler, tidak ada bunyi tambahan, frekuensi denyut nadi 108x/menit. Tidak ada peningkatan vena jugularis.	CRT kembali <2 detik, akral teraba hangat, bentuk dada simetris, saat diperkusi terdengar dullness. Bunyi jantung S1 dan S2 reguler, tidak ada bunyi tambahan, frekuensi denyut nadi 98x/menit. Tidak ada peningkatan vena jugularis.
c) Sistem Pencernaan	Bentuk mulut simetris, mukosa bibir lembab, lidah bersih dapat berfungsi dengan baik, dan dapat bergerak ke segala arah. Gigi bersih sedikit berwarna kekuningan. Reflek menelan (+), Abdomen terlihat kembung, bising usus (-), terdapat nyeri tekan pada bagian Abdomen terbukti dengan klien tampak meringis saat Abdomen ditekan, kondisi luka kemerahan dan kotor, panjang luka Post Op ± 15 cm, perban luka tampak terbuka. Pada perkusi abdomen terdengar bunyi timpani pada daerah lambung dan usus, anus tampak bersih tidak ada lesi dan hemoroid.	Bentuk mulut simetris, mukosa bibir lembab, lidah bersih dapat berfungsi dengan baik, dan dapat bergerak ke segala arah. Gigi bersih sedikit berwarna kekuningan. Reflek menelan (+), Abdomen terlihat kembung, bising usus (-), terdapat nyeri tekan pada bagian Abdomen terbukti dengan klien tampak meringis saat Abdomen ditekan, kondisi luka kemerahan, panjang luka Post Op ± 12 cm. Pada perkusi abdomen terdengar bunyi timpani pada daerah lambung dan usus, anus tampak bersih tidak ada lesi dan hemoroid.
d) Sistem Genitourinaria	Klien terpasang cateter jumlah urine 1000 cc/hari, warna urine kuning gelap, tidak terdapat nyeri tekan di vesika urinaria dan ginjal, saat perkusi terdengar dullness di bagian ginjal dan timpani di bagian vesika urinaria. Tidak ada gangguan di reproduksi dan genitalia.	Klien terpasang cateter jumlah urine 1200 cc/hari, warna urine kuning gelap, tidak terdapat nyeri tekan di vesika urinaria dan ginjal, saat perkusi terdengar dullness di bagian ginjal dan timpani di bagian vesika urinaria. Tidak ada gangguan di reproduksi dan genitalia.
e) Sistem Endokrin	Bentuk leher simetris, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan paratiroid, tidak ada poliuria, polifagi dan polidipsi.	Bentuk leher simetris, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan paratiroid, tidak ada poliuria, polifagi dan polidipsi.
f) Sistem Persyarafan 1) Test fungsi Cerebral	Kesadaran Composmentis, GCS:15 (E:4 M:6 V:5) Klien mampu merespon terhadap rangsangan verbal dan visual, klien tidak ada	Kesadaran Composmentis, GCS:15 (E:4 M:6 V:5) Klien mampu merespon terhadap rangsangan verbal dan visual, klien tidak ada

	gangguan orientasi waktu, tempat dan orang, terbukti dengan klien mampu mengingat perawat dan keluarga, klien mampu mengingat alasannya masuk ke rumah sakit dan mengingat tempat keberadaan klien sekarang yaitu di rumah sakit	gangguan orientasi waktu, tempat dan orang, terbukti dengan klien mampu mengingat perawat dan keluarga, klien mampu mengingat alasannya masuk ke rumah sakit dan mengingat tempat keberadaan klien sekarang yaitu di rumah sakit
2) Test fungsi Nervus (Cranialis)	<p>a) Nervus I (<i>Olfactorius</i>) : Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih, kopi dan tidak terdapat lesi atau polip pada hidung.</p> <p>b) Nervus II (<i>Opticus</i>) : Fungsi penglihatan baik terbukti klien tampak dapat membaca papan nama perawat dengan jelas pada jarak 30 cm dan lapang pandang normal .</p> <p>c) Nervus III (<i>Okulomotorius</i>) : Mata dapat berakomodasi dengan baik, menggerakkan mata ke samping, atas, kedalam, refleks cahaya isokor.</p> <p>d) Nervus IV (<i>Trochlearis</i>) : Klien mampu menggerakkan mata ke atas dan ke bawah.</p> <p>e) Nervus V (<i>Trigeminus</i>) : Klien dapat membuka mulut dan menggerakkan rahang, bergerak ketika kornea digores dengan kassa, reflek mengunyah baik, reaksi sentuhan baik, dapat untuk membuka mulut dan menggerakkan maksila.</p> <p>f) Nervus VI (<i>Abdusen</i>) : Klien mampu menggerakkan mata ke arah lateral.</p> <p>g) Nervus VII (<i>Facialis</i>) : Klien mampu membedakan rasa asin, manis, asam, pahit dan dapat mengerutkan dahi lalu tersenyum secara simetris.</p> <p>h) Nervus VIII (<i>Auditorius</i>) : Klien dapat mendengar dengan baik, terbukti dengan klien dapat mendengarkan bisikan secara sempurna dan</p>	<p>a) Nervus I (<i>Olfactorius</i>) : Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih, kopi dan tidak terdapat lesi atau polip pada hidung.</p> <p>b) Nervus II (<i>Opticus</i>) : Fungsi penglihatan baik terbukti klien tampak dapat membaca papan nama perawat dengan jelas pada jarak 30 cm dan lapang pandang normal.</p> <p>c) Nervus III (<i>Okulomotorius</i>) : Mata dapat berakomodasi dengan baik, menggerakkan mata ke samping, atas, kedalam, refleks cahaya isokor.</p> <p>d) Nervus IV (<i>Trochlearis</i>) : Klien mampu menggerakkan mata ke atas dan ke bawah.</p> <p>e) Nervus V (<i>Trigeminus</i>) : Klien dapat membuka mulut dan menggerakkan rahang, bergerak ketika kornea digores dengan kassa, reflek mengunyah baik, reaksi sentuhan baik, dapat untuk membuka mulut dan menggerakkan maksila.</p> <p>f) Nervus VI (<i>Abdusen</i>) : Klien mampu menggerakkan mata ke arah lateral.</p> <p>g) Nervus VII (<i>Facialis</i>) : Klien mampu membedakan rasa asin, manis, asam, pahit dan dapat mengerutkan dahi lalu tersenyum secara simetris.</p> <p>h) Nervus VIII (<i>Auditorius</i>) : Klien dapat mendengar dengan baik, terbukti dengan klien dapat mendengarkan bisikan secara sempurna dan</p>

	dapat menjawab semua pertanyaan dari perawat. Tes Rinne normal.	dapat menjawab semua pertanyaan dari perawat. Tes Rinne normal.
	i) Nervus IX (<i>Glosofaringeus</i>) : Reflek menelan baik (+),klien mampu mengeluarkan lidah dan berbicara. Klien mampu membedakan rasa asin,manis,asam,pahit.	i) Nervus IX (<i>Glosofaringeus</i>) : Reflek menelan baik (+),klien mampu mengeluarkan lidah dan berbicara. Klien mampu membedakan rasa asin,manis,asam,pahit.
	j) Nervus X (<i>Vagus</i>) : Uvula terdapat ditengah dan bergetar saat mengucapkan kata “aaa”.	j) Nervus X (<i>Vagus</i>) : Uvula terdapat ditengah dan bergetar saat mengucapkan kata “aaa”.
	k) Nervus XI (<i>Asesorius</i>) : Klien dapat mengangkat bahu kanan dan kiri ketika perawat berusaha menahan,klien dapat menoleh ke samping melawan tahanan perawat.	k) Nervus XI (<i>Asesorius</i>) : Klien dapat mengangkat bahu kanan dan kiri ketika perawat berusaha menahan,klien dapat menoleh ke samping melawan tahanan perawat.
	l) Nervus XII (<i>Hipoglosus</i>) : Klien dapat berbicara dengan baik,lidah berfungsi dengan baik dan dapat bergerak ke segala arah.	l) Nervus XII (<i>Hipoglosus</i>) : Klien dapat berbicara dengan baik,lidah berfungsi dengan baik dan dapat bergerak ke segala arah.
g) Sistem Integumen	Warna rambut hitam keputihan, distribusi merata, rambut tampak bersih, warna kulit sawo matang. Terdapat luka Post Op \pm 15 cm di daerah Abdomen, di sekitar luka tampak kemerahan dan kotor serta perban terbuka,tidak ada sianosis, akral hangat, suhu 37,3°C, tidak terdapat lesi di daerah kulit, turgor kulit < 2 detik.	Warna rambut hitam, distribusi merata, rambut tampak bersih, warna kulit sawo matang. Terdapat luka Post Op \pm 12 cm di daerah Abdomen, di sekitar luka tampak kemerahan dan tertutup perban, tidak ada sianosis,akral hangat, suhu 36,7°C, tidak terdapat lesi di daerah kulit, turgor kulit < 2 detik.
h) Sistem Muskuloskeletal	1) Ekstremitas Atas : Pada saat di inspeksi bentuk tangan kanan dan kiri simetris, mampu bergerak ke segala arah. Tidak terdapat nyeri pada persendian dan tulang,tidak tampak deformitas tulang dan kontraktur sendi. Klien mampu menahan tahanan penuh dari perawat, terpasang infus RL 20 tts/menit pada tangan sebelah kanan.	1) Ekstremitas Atas : Pada saat di inspeksi bentuk tangan kanan dan kiri simetris, mampu bergerak ke segala arah. Tidak terdapat nyeri pada persendian dan tulang,tidak tampak deformitas tulang dan kontraktur sendi. Klien mampu menahan tahanan penuh dari perawat, terpasang infus RL 20 tts/menit pada tangan sebelah kanan.

Kekuatan otot 5 | 5

Kekuatan otot 5 | 5

2) Ekstremitas Bawah :
Bentuk kaki kanan dan kiri simetris, refleksi patella -/-, refleksi Babinski +/+, klien mengatakan gerakan masih terbatas, tidak ada kontraktur dan deformitas. Kekuatan otot

4 | 4

2) Ekstremitas Bawah :
Bentuk kaki kanan dan kiri simetris, refleksi patella -/-, refleksi Babinski -/-, kedua kaki belum mampu bergerak bebas ke segala arah, kaki masih terasa berat. Masih dipengaruhi oleh obat anestesi, tidak ada kontraktur dan deformitas. Kekuatan otot

4 | 4

i) Sistem Penglihatan

Bentuk kedua mata simetris, sclera berwarna merah, konjungtiva berwarna merah muda, refleksi pupil terhadap cahaya (+) yaitu pupil mengecil saat terkena cahaya. Bola mata dapat bergerak mengikuti jari pemeriksa, lapang pandang klien normal, klien mampu melihat dengan baik dan membaca papan nama pada jarak 30 cm, tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata.

Bentuk kedua mata simetris, sclera berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda, refleksi pupil terhadap cahaya (+) yaitu pupil mengecil saat terkena cahaya. Bola mata dapat bergerak mengikuti jari pemeriksa, lapang pandang klien normal, klien mampu melihat dengan baik dan membaca papan nama pada jarak 30 cm, tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata.

j) Wicara dan THT

Klien tidak tuna wicara, bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, fungsi pendengaran masih baik, terbukti dengan klien dapat mendengar saat dipanggil dan dapat mengulangi apa yang dibicarakan oleh perawat, telinga tampak bersih. Bentuk hidung simetris, tidak terdapat lesi, tidak terdapat sekret, refleksi menelan baik tanpa ada rasa sakit, klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi. Dinding belakang faring berwarna merah muda, tidak ada sekret, tonsil ada dua dengan ukuran kecil, uvula bergetar

Klien tidak tuna wicara, bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, fungsi pendengaran masih baik, terbukti dengan klien dapat mendengar saat dipanggil dan dapat mengulangi apa yang dibicarakan oleh perawat, telinga tampak bersih. Bentuk hidung simetris, tidak terdapat lesi, tidak terdapat sekret, refleksi menelan baik tanpa ada rasa sakit, klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi. Dinding belakang faring berwarna merah muda, tidak ada sekret, tonsil ada dua

saat mengatakan “aaa” tidak ada peradangan dan pembesaran,lidah dan gusi tampak bersih.	dengan ukuran kecil,uvula bergetar saat mengatakan “aaa” tidak ada peradangan dan pembesaran,lidah dan gusi tampak bersih.
---	--

5) Pemeriksaan Psikologi

Tabel 4. 5**Pemeriksaan Psikologi**

Observasi	Klien 1	Klien 2
1) Data Psikologi		
a) Status Emosi	Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan terkadang sedikit cepat marah ketika sakit yang dihadapinya. Klien tampak gelisah dan takut menghadapi luka operasinya. Keadaan umum klien tampak lemas.	Klien tampak tenang saat dilakukan wawancara, emosi klien stabil, klien menjawab pertanyaan dengan baik.
b) Kecemasan	Klien mengatakan khawatir jika luka operasinya tidak segera sembuh dan khawatir jika luka operasinya terbuka saat klien bergerak. Klien juga sering bertanya mengenai prosedur perawatan.	Klien mengatakan tidak khawatir klien ingin segera sembuh.
c) Pola Koping	Klien mengatakan dalam menghadapi sakitnya klien berusaha pasrah dan selalu berkomunikasi dengan keluarganya untuk mengatasi rasa khawatirnya.	Klien tampak optimis bahwa ia akan segera sembuh dan mempercayakan pengobatannya terhadap perawat dan tenaga medis lainnya.
d) Gaya Komunikasi	Klien kooperatif, terbukti klien selalu menjawab pertanyaan dari perawat,klien mampu berkomunikasi dengan jelas,sehari-hari menggunakan Bahasa Sunda dan Bahasa Indonesia ketika berkomunikasi dengan orang lain.	Klien berkomunikasi dengan menggunakan Bahasa Sunda,klien memberikan respon yang baik selama komunikasi dengan perawat.
e) Konsep diri		
(1) Gambaran diri	Klien mengatakan dirinya menyukai seluruh bagian anggota tubuhnya karena yang menciptakan adalah Tuhan	Klien mengatakan dirinya menyukai seluruh bagian anggota tubuhnya karena yang menciptakan adalah

	Yang Maha Esa, walaupun klien sedang sakit dan terdapat sedikit perubahan pada bagian tubuhnya.	Tuhan Yang Maha Esa, walaupun klien sedang sakit dan terdapat sedikit perubahan pada bagian tubuhnya.
(2) Ideal diri	Klien mengatakan ingin cepat pulih agar bisa kembali beraktivitas seperti biasa.	Klien mengatakan ingin cepat pulih agar bisa kembali beraktivitas seperti biasa.
(3) Harga diri	Pengungkapan diri klien positif, klien tidak menunjukkan rasa malu atas penyakitnya, dan klien merasa dirinya tetap baik-baik saja dan klien memahami keadaannya dengan segala kelebihan dan kekurangan klien.	Klien mengatakan tidak merasa malu dengan kondisinya saat ini.
(4) Peran diri	Klien mengatakan perannya sebagai istri dan ibu rumah tangga yang bertugas mengurus suami dan anaknya.	Klien mengatakan perannya sebagai istri dan ibu rumah tangga yang bertugas mengurus suami dan anaknya.
(5) Identitas diri	Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan.	Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan.
2) Data Sosial	Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti dengan keluarganya bergantian untuk menjaga klien. Klien tampak bersosialisasi dengan yang lain.	Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti dengan keluarganya bergantian untuk menjaga klien. Klien tampak bersosialisasi dengan yang lain.
3) Data Spiritual	Klien Beragama Islam. Klien mengatakan sehat dan sakit adalah pemberian dari Allah SWT, klien percaya akan adanya kesembuhan dan tetap berdoa agar diberi kemudahan. Saat sakit klien hanya mampu berdoa di atas tempat tidurnya.	Klien Beragama Islam. Klien mengatakan sehat dan sakit adalah pemberian dari Allah SWT, klien percaya akan adanya kesembuhan dan tetap berdoa agar diberi kemudahan. Saat sakit klien hanya mampu berdoa di atas tempat tidurnya.

6) Data Penunjang

Tabel 4. 6**Data Penunjang**

1) Laporan Operasi

Observasi	Klien 1 (19 Desember 2019)	Klien 2 (28 Desember 2019)
Diagnosis Pre-op	Apendiksitis Akut	Apendiksitis Akut
Jenis operasi	General Anestesi	General Anestesi
Dr Anestesi	Dr. Andika Sp. An	Dr. Andika Sp. An
Dr Operator	Dr. Zaky Sp. B	Dr. Zaky Sp. B
Tanda-tanda vital	TD : 140/100 mmHg N : 71 x/menit R : 16 x/menit S : 36°C	TD : 150/90 mmHg N : 73 x/menit R : 16 x/menit S : 36,2°C
Premedikasi	Ondansentron 4 mg	Ondansentron 4 mg
Obat yang di pakai	Fentanyl 100 mg Propofol 100 mg Rocum 20 mg	Fentanyl 100 mg Propofol 100 mg Rocum 20 mg
Cairan	Rl 1500 ml	Rl 1000 ml
Lama operasi	1 jam 15 menit	1 Jam 15 menit
Aldrete Score	Aktivitas Otot 1 Pernafasan 2 Sirkulasi 2 Kesadaran 2 Warna kulit 2 Total 9	Aktivitas Otot 1 Pernafasan 2 Sirkulasi 2 Kesadaran 2 Warna kulit 2 Total 9

Tabel 4. 7**Pemeriksaan Diagnostik**

2) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Klien 1	Kien 2	Nilai Normal/Satuan
1) Labolatorium	Tanggal 18 Desember 2019, jam 23:03 WIB	Tanggal 27 Desember 2019, jam 10:55 WIB	
Hematologi			
Hemoglobin	12,2	12.0	12-16
Hematokrit	38	37	35-45
Leukosit	11.800	10.500	5000-10000
Trombosit	165.000	288.000	150000-350000

Faal Ginjal			
Ureum	33	17	15-45
Kreatinin	1.24	0.66	0,5-0,9
Karbohidrat			
Glukosa Sewaktus	118	107	76-110
2) Radiologi	Tanggal Desember 2019	18	Tanggal Desember 2019
USG Abdomen	Appendixitis		Appendixitis

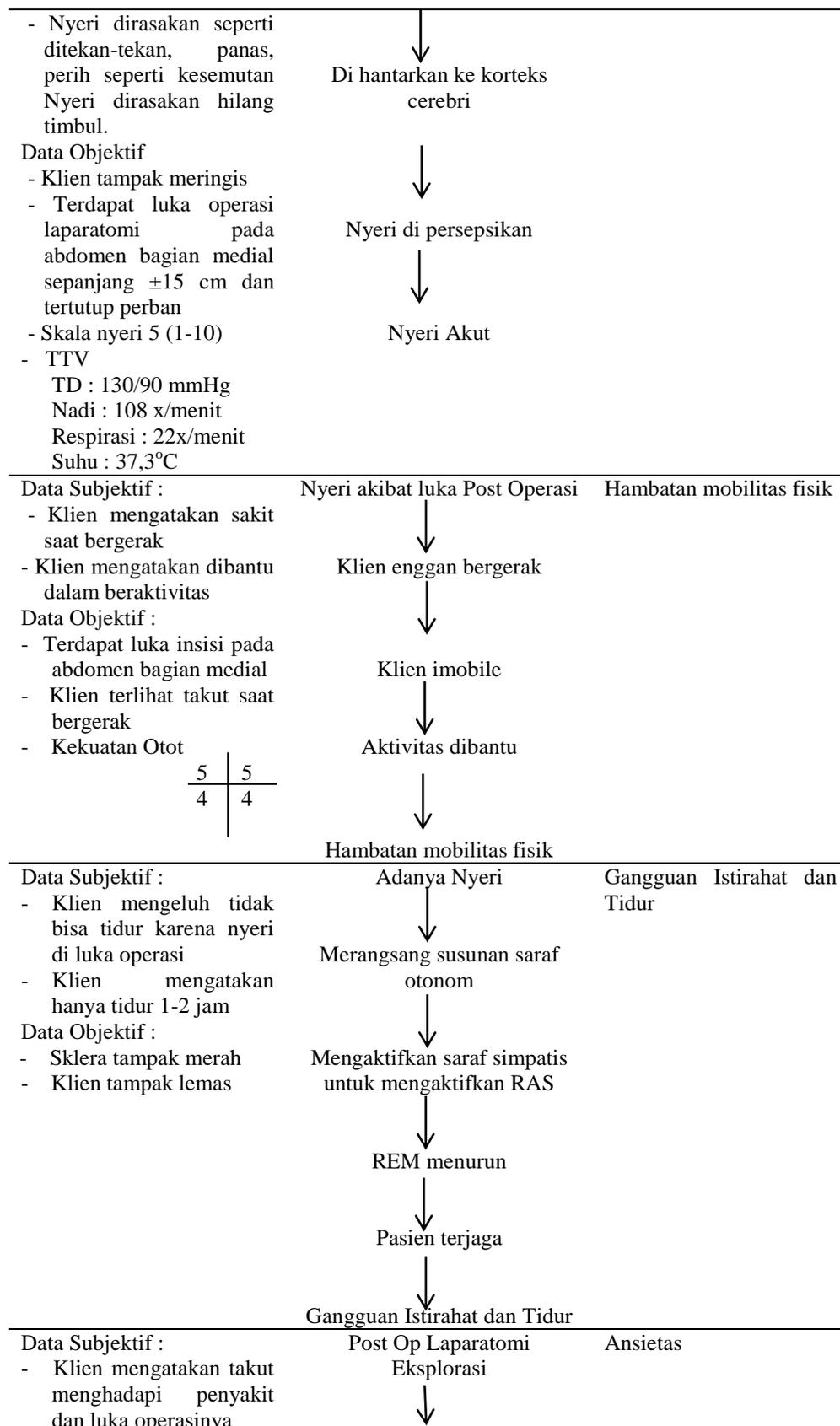
7) Program dan rencana Pengobatan

Tabel 4. 8**Program Dan Rencana Pengobatan**

Jenis Therapy	Dosis	Cara Pemberian	Waktu
Klien 1			
Infus RL	20 tetes/menit	IV Line	08.00
Ceftriaxone	3 x 1000 mg	IV Bolus	08.00,16.00,00.00
Omeprazole	2 x 40 mg	IV Bolus	08.00,16.00
Ketorolac	3 x 30 mg	IV Drip	08.00,16.00,00.00
Ondansentron	2 x 4 mg	IV Bolus	08.00,16.00
Paracetamol Infus	3 x 1000 mg	IV Line	07.00,15.00,23.00
Sucralfate	3 x 1000 mg	Oral	07.00,15.00,23.00
Cetirizine	1 x 10 mg	Oral	07.00
Klien 2			
Infus RL	20 tetes/menit	IV Line	08.00
Ceftriaxone	3 x 1000 mg	IV Bolus	08.00,16.00,00.00
Omeprazole	2 x 40 mg	IV Bolus	08.00,16.00
Ketorolac	3 x 30 mg	IV Drip	08.00,16.00,00.00

4.1.2.2 Analisa Data**Tabel 4. 9****Analisa Data**

Analisa Data	Etiologi	Masalah
Klien 1		
Data Subjektif :	Luka Post Operasi	Nyeri Akut
- Klien mengeluh nyeri di daerah luka operasi	↓	
- Klien mengatakan nyeri bertambah ketika luka dibersihkan, dan berkurang saat klien beristirahat	Terputusnya kontinuitas jaringan	
- Nyeri menjalar ke bagian perut bawah	↓	
	Merangsang pembentukan zat kimia :	
	bradikinin, serotonin, histamine	



- Klien mengatakan kapan klien bisa pulang

Data Objektif :

- Klien tampak gelisah
- Klien sering bertanya tentang penyakit dan cara merawat luka di rumah

- Tanda – tanda vital

TD : 130/90 mmHg

N : 108 x/menit

R : 22 x/menit

S : 37,3°C

Kurang informasi tentang penyakit dan perawatan luka



Ansietas

Data Subjektif :

- Klien mengatakan luka kotor

Data Objektif :

- Terdapat luka Post Op
- Panjang luka ± 15 cm
- Luka tampak kemerahan
- Balutan belum diganti
- Leukosit 11.800

Luka Post Operasi

Resiko Infeksi



Luka terbuka



Media masuknya mikro organisme



Infeksi bakteri



Resiko Infeksi

Klien 2

Data Subjektif :

- Klien mengeluh nyeri di daerah luka operasi
- Klien mengatakan nyeri bertambah jika klien bergerak, dan berkurang saat klien beristirahat

- Nyeri menjalar ke bagian perut bawah

- Nyeri dirasakan seperti keram, panas, perih.

- Nyeri dirasakan hilang timbul

Data Objektif :

- Klien tampak meringis
- Terdapat luka operasi laparatomi pada abdomen bagian medial sepanjang ±12 cm dan tertutup perban

- Skala nyeri 4 (1-10)

- TTV

TD : 140/80 mmHg

N : 98 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,7°C

Luka Post Operasi

Nyeri Akut



Terputusnya kontinuitas jaringan



Merangsang pembentukan zat kimia :
bradikinin, serotonin, histamine



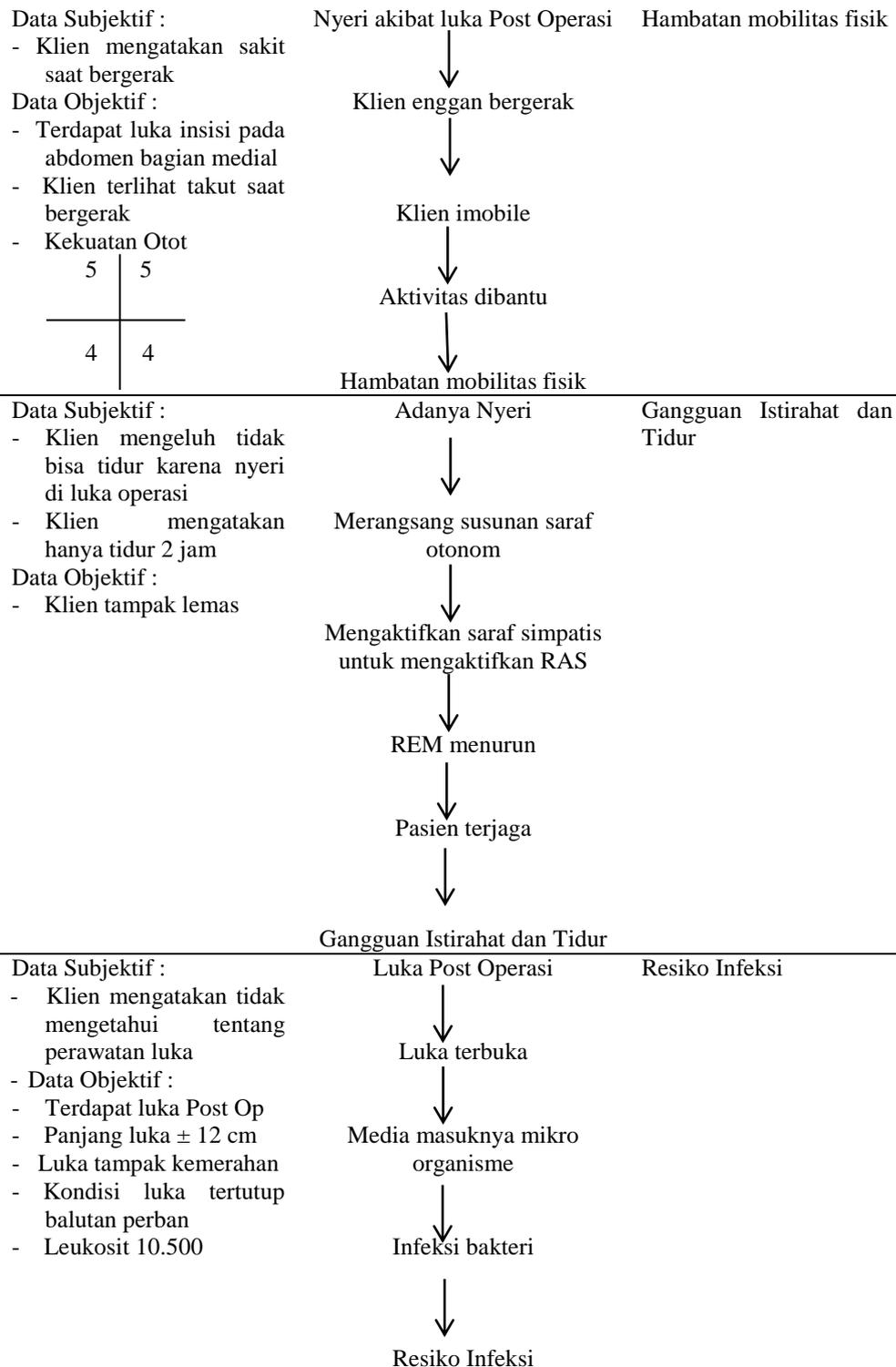
Di hantarkan ke korteks cerebri



Nyeri di persepsikan



Nyeri Akut



4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 10

Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanda tangan
Kasus 1			
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri didaerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika luka dibersihkan, dan berkurang saat klien beristirahat - Nyeri menjalar kebagian perut bawah - Nyeri dirasakan seperti ditekan-tekan, panas, perih seperti kesemutan Nyeri dirasakan hilang timbul. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Terdapat luka operasi laparatomi pada abdomen bagian medial sepanjang ±15 cm dan tertutup perban - Skala nyeri 5 (1-10) - TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 130/90 mmHg Nadi : 108 x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 37,3°C 	20 Desember 2019	Marini Aprilia
2	<p>Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak karena luka Post Operasi</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sakit saat bergerak - Klien mengatakan dibantu dalam beraktivitas <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka insisi pada abdomen bagian medial 	20 Desember 2019	Marini Aprilia

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat takut saat bergerak - Kekuatan Otot <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> </table> </div>	5	5	4	4		
5	5						
4	4						
3	<p>Gangguan Istirahat dan Tidur berhubungan dengan nyeri luka Post Operasi.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri di luka operasi - Klien mengatakan hanya tidur 1-2 jam <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sklera tampak merah - Klien tampak lemas 	20 Desember 2019	Marini Aprilia				
4	<p>Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan luka Post Operasi.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut menghadapi penyakit dan luka operasinya - Klien mengatakan kapan klien bisa pulang <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Klien sering bertanya tentang penyakit dan cara merawat luka di rumah - Tanda – tanda vital <p>TD : 130/90 mmHg N : 108 x/menit R : 22 x/menit S : 37,3°C</p>	20 Desember 2019	Marini Aprilia				
5	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan masuknya Mikro organisme melalui luka terbuka Post Operasi.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan luka kotor <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka Post Op - Panjang luka ± 15 cm - Luka tampak kemerahan - Balutan belum diganti - Leukosit 11.800 	20 Desember 2019	Marini Aprilia				
Kasus 2							
1	Nyeri Akut berhubungan	28 Desember 2019	Marini Aprilia				

	<p>dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri didaerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri bertambah jika klien bergerak, dan berkurang saat klien beristirahat - Nyeri menjalar ke bagian perut bawah - Nyeri dirasakan seperti keram, panas, perih. - Nyeri dirasakan hilang timbul <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Terdapat luka operasi laparatomi pada abdomen bagian medial sepanjang ±12 cm dan tertutup perban - Skala nyeri 4 (1-10) - TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 140/80 mmHg N : 98 x/menit R : 20 x/menit S : 36,7°C 						
2	<p>Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak karena luka Post Operasi</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sakit saat bergerak <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka insisi pada abdomen bagian medial - Klien terlihat takut saat bergerak - Kekuatan Otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> 	5	5	4	4	28 Desember 2019	Marini Aprilia
5	5						
4	4						
3	<p>Gangguan Istirahat dan Tidur berhubungan dengan nyeri luka Post Operasi.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri di luka operasi - Klien mengatakan hanya 	28 Desember 2019	Marini Aprilia				

	tidur 2 jam		
	Data Objektif :		
	- Klien tampak lemas		
4	Resiko Infeksi berhubungan dengan masuknya Mikro organisme melalui luka terbuka Post Operasi.	28 Desember 2019	Marini Aprilia
	Data Subjektif :		
	- Klien mengatakan tidak mengetahui tentang perawatan luka		
	- Data Objektif :		
	- Terdapat luka Post Op		
	- Panjang luka ± 12 cm		
	- Luka tampak kemerahan		
	- Kondisi luka tertutup balutan perban		
	- Leukosit 10.500		

Dari hasil data yang didapatkan dari kedua klien terdapat satu perbedaan diagnosa, dari klien 1 Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan luka Post Operasi. Yang didapatkan dari hasil pengkajian Klien tampak cemas dengan penyakitnya dan sering menanyakan tentang penyakitnya. Pada klien 2 hasil pengkajian Klien mengatakan tidak cemas dengan kondisi yang dialami saat ini.

4.1.2.4 Intervensi

Tabel 4. 11

Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	Klien 1			
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri didaerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika luka dibersihkan, dan berkurang saat klien beristirahat - Nyeri menjalar kebagian perut bawah - Nyeri dirasakan seperti ditekan-tekan, panas, perih seperti kesemutan <p>Nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Terdapat luka operasi laparotomi pada abdomen bagian medial sepanjang ±15 cm dan tertutup perban - Skala nyeri 5 (1-10) 	<p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama klien dan tim 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menentukan pilihan intervensi dan memberikan dasar perbandingan dan evaluasi terhadap terapi (Doengus, 2018) 2. Bahasa tubuh dapat secara psikologis dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas/beratnya masalah (Doengus, 2018) 3. Reduksi ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan (Doengus, 2012) 4. Informasi menentukan data dasar kondisi klien dengan memandu intervensi keperawatan (Doengus, 2012) 5. Untuk mengetahui pengalaman nyeri klien (Doengus, 2012) 6. Untuk mengetahui

<p>- TTV TD : 130/90 mmHg Nadi : 108 x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 37,3°C</p>	<p>kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</p> <p>7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</p> <p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas dalam)</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p>	<p>pengalaman nyeri klien dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup (Doengus, 2012)</p> <p>7. Informasi akan membantu menemukan tindakan selanjutnya (Doengus, 2012)</p> <p>8. Untuk meningkatkan manajemen nyeri dan farmakologi (Doengus, 2012)</p> <p>9. Untuk mengurangi faktor yang dapat menyebabkan nyeri timbul (Doengus, 2012)</p> <p>10. Untuk meningkatkan kenyamanan klien (Doengus, 2012)</p> <p>11. Menentukan data dasar kondisi klien dan memandu intervensi keperawatan (Doengus, 2012)</p> <p>12. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan akibat tindakan pembedahan yang dapat meningkatkan kontrol terhadap nyeri (Jurnal Keperawatan, 2014)</p> <p>13. Untuk mengurangi faktor nyeri (Doengus, 2012)</p> <p>14. Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk evaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan (Doengus, 2012)</p> <p>15. Mengurangi ketegangan otot</p>
--	---	---

				meningkatkan kemampuan koping (Doengus, 2012)
			16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	16. Untuk menentukan intervensi selanjutnya (Doengus, 2012)
			17. Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri	17. Untuk meningkatkan kenyamanan klien (Doengus, 2012)
Klien 2				
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri didaerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri bertambah jika klien bergerak,dan berkurang saat klien beristirahat - Nyeri menjalar kebagian perut bawah - Nyeri dirasakan seperti keram,panas,perih. - Nyeri dirasakan hilang timbul <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Terdapat luka operasi laparatomi pada abdomen bagian medial sepanjang ±12 cm dan tertutup perban - Skala nyeri 4 (1-10) - TTV TD : 140/80 mmHg N : 98 x/menit R : 20 x/menit 	<p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menentukan pilihan intervensi dan memberikan dasar perbandingan dan evaluasi terhadap terapi (Doengus, 2018) 2. Bahasa tubuh dapat secara psikologis dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas/beratnya masalah (Doengus, 2018) 3. Reduksi ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan (Doengus, 2012) 4. Informasi menentukan data dasar kondisi klien dengan memandu intervensi keperawatan (Doengus, 2012) 5. Untuk mengetahui pengalaman nyeri klien (Doengus, 2012) 6. Untuk mengetahui pengalaman nyeri klien dan pengaruhnya terhadap kualitas

S : 36,7°C	<p>lampau</p> <p>7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</p> <p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas dalam)</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p>	<p>hidup (Doengus, 2012)</p> <p>7. Informasi akan membantu menemukan tindakan selanjutnya (Doengus, 2012)</p> <p>8. Untuk meningkatkan manajemen nyeri dan farmakologi (Doengus, 2012)</p> <p>9. Untuk mengurangi faktor yang dapat menyebabkan nyeri timbul (Doengus, 2012)</p> <p>10. Untuk meningkatkan kenyamanan klien (Doengus, 2012).</p> <p>11. Menentukan data dasar kondisi klien dan memandu intervensi keperawatan (Doengus, 2012)</p> <p>12. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan akibat tindakan pembedahan yang dapat meningkatkan kontrol terhadap nyeri (Jurnal Keperawatan, 2014)</p> <p>13. Untuk mengurangi faktor nyeri (Doengus, 2012)</p> <p>14. Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk evaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan (Doengus, 2012)</p> <p>15. Mengurangi ketegangan otot meningkatkan kemampuan koping (Doengus, 2012)</p>
------------	--	---

16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	16. Untuk menentukan intervensi selanjutnya (Doengus, 2012)
17. Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri	17. Untuk meningkatkan kenyamanan klien (Doengus, 2012)

Perencanaan dari kedua klien tersebut sama yaitu, Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi, Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau, Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, Kurangi faktor presipitasi nyeri, Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal), Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas dalam), Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, Evaluasi keefektifan kontrol nyeri, Tingkatkan istirahat, Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil, Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri. Dari intervensi-intervensi di atas, penulis memilih salah satu intervensi yaitu, Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas dalam) karena dengan tindakan ini diharapkan nyeri pada kedua klien tersebut dapat berkurang atau hilang.

4.1.2.5 Implementasi

Tabel 4. 12

Implementasi

Pelaksanaan		Hari ke 1 20 Desember 2019		Hari ke 2 21 Desember 2019		Hari ke 3 22 Desember 2019	
Klien 1	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Respon
Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi. Data Subjektif : - Klien mengeluh nyeri didaerah luka operasi - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika luka dibersihkan, dan berkurang saat klien beristirahat - Nyeri menjalar kebagian perut bawah - Nyeri dirasakan	08.00	1. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	07.45	1. Mengobservasi <i>vital sign</i>	16.00	1. Mengobservasi <i>vital sign</i>	
	WIB		WIB	Hasil: TD :120/90 mmHg N : 96 x/menit S : 36,7° C R : 20x/menit	WIB	Hasil: TD :120/90 mmHg N : 94 x/menit S : 36,5° C R : 20x/menit	
	08.10	2. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	08.00	2. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	16.15	2. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	
	WIB		WIB	Hasil : Nyeri abdomen dengan derajat nyeri sedang	WIB	Hasil : Nyeri abdomen dengan derajat nyeri ringan	
	08.20	3. Mengecek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	08.15	3. Memberikan analgetik ketorolac secara IV	16.20	3. Memberikan analgetik ketorolac secara IV	
	WIB		WIB	Hasil : Skala nyeri berkurang menjadi 3 (1-10) nyeri ringan	WIB	Hasil : Skala nyeri berkurang menjadi 1 (1-10) nyeri ringan	
	08.25	4. Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien	08.25	4. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien	16.30	4. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien	
	WIB		WIB	Hasil : Klien terlihat lebih tenang	WIB	Hasil : Klien terlihat lebih tenang	

seperti ditekan- tekan, panas, perih seperti kesemutanNyeri dirasakan hilang timbul.	08.35 WIB	5. Mengkaji tipe dan sumber nyeri. Untuk menentukan intervensi Hasil : Nyeri sedang (4-6) nyeri pada luka operasi	08.30 WIB	tenang 5. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : Klien tidak tampak Gelisah	16.35 WIB	5. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : Klien tidak tampak Gelisah
Data Objektif - Klien tampak meringis - Terdapat luka operasi laparatomi pada abdomen bagian medial sepanjang ±15 cm dan tertutup perban	08.45 WIB	6. Memberikan analgetik ketorolac secara IV Hasil : Skala nyeri berkurang menjadi 5 (1-10) nyeri sedang	08.45 WIB	6. Mengevaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala Hasil : Pemberian analgetik efektif, skala nyeri berkurang menjadi 3 (1-10)	16.50 WIB	6. Mengevaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala Hasil : Pemberian analgetik efektif, skala nyeri berkurang menjadi 1 (1-10)
- Skala nyeri 5 (1- 10) - TTV TD : 130/90 mmHg Nadi : 108 x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 37,3°C	09.00 WIB	7. Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri Hasil : Tidak ada adat budaya dalam penanganan kesehatan klien	08.55 WIB	7. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri suhu ruangan seperti membuka ventilasi, pencahayaan seperti meredupkan cahaya dan kebisingan seperti membatasi pengunjung Hasil : Klien tampak lebih tenang dan rileks	17.00 WIB	7. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri suhu ruangan seperti membuka ventilasi, pencahayaan seperti meredupkan cahaya dan kebisingan seperti membatasi pengunjung Hasil : Klien tampak lebih tenang dan rileks
	09.05 WIB	8. Membantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan Hasil : Keluarga klien memberikan dukungan sepenuhnya ke klien supaya klien cepat pulih	09.00 WIB	8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil : efektif, skala nyeri berkurang	17.05 WIB	8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil : efektif, skala nyeri berkurang
	09.10 WIB	9. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan seperti membuka ventilasi, pencahayaan seperti meredupkan cahaya dan kebisingan seperti membatasi pengunjung Hasil : Klien tampak lebih tenang dan rileks	09.45 WIB	9. Melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam) Hasil : Klien mengikuti arahan dari perawat dan mau melakukannya Klien tampak rileks	17.30 WIB	9. Melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam) Hasil : Klien mengikuti arahan dari perawat dan mau melakukannya Klien tampak rileks
	09.20 WIB	10. Evaluasi efektivitas analgesic, tanda dan gejala	12.00 WIB	10. Mengobservasi <i>vital sign</i> Hasil : TD :120/90 mmHg N : 96 x/menit	19.00	10. Mengobservasi <i>vital sign</i>

			Hasil : Pemberian analgetik belum efektif, skala nyeri masih tetap 5 (1-10)	12.10	S : 36,6° C R : 20x/menit	WIB	Hasil: TD :120/90 mmHg N : 94 x/menit S : 36,5° C R : 20x/menit
	09.30	WIB	11. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri	WIB	11. Tingkatkan istirahat di tempat tidur		
	09.40	WIB	12. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam)			19.15	11. Tingkatkan istirahat
			Hasil : Belum efektif, skala nyeri belum berkurang			WIB	Hasil: Klien berbaring di tempat tidur
	11.00	WIB	13. Mengobservasi <i>vital sign</i>				
			Hasil: TD : 130/90 mmHg N : 103 x/menit R : 21 x/menit S : 37,3° C				
	11.10	WIB	14. Tingkatkan istirahat				
			Hasil: Klien berbaring di tempat tidur				
Pelaksanaan			Hari ke 1		Hari ke 2		Hari ke 3
			28 Desember 2019		29 Desember 2019		30 Desember 2019
Klien 2	Jam		Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
			Respon		Respon		Respon
Nyeri Akut	19.00		1. Mengobservasi reaksi	15.00	1. Mengobservasi <i>vital sign</i>	08.00	1. Mengobservasi <i>vital sign</i>
berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.	WIB		nonverbal dari ketidaknyamanan	WIB	Hasil: TD :130/80 mmHg N : 92 x/menit S : 36,2° C R : 20x/menit	WIB	Hasil: TD :120/80 mmHg N : 89 x/menit S : 36,2° C R : 20x/menit
Data Subjektif :	19.15		2. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum	15.15	2. Menentukan lokasi,	08.15	2. Menentukan lokasi,
	WIB						

- Klien mengeluh nyeri didaerah luka operasi		pemberian obat Hasil : Nyeri abdomen dengan derajat nyeri sedang	WIB	karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	WIB	karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- Klien mengatakan nyeri bertambah jika klien bergerak,dan berkurang saat klien beristirahat	19.25 WIB	3.Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien Hasil : Klien terlihat lebih tenang	15.30 WIB	3. Memberikan analgetik ketorolac secara IV Hasil : Skala nyeri berkurang menjadi 3 (1-10) nyeri ringan	08.30 WIB	3.Memberikan analgetik ketorolac secara IV Hasil : Skala nyeri berkurang menjadi 1 (1-10) nyeri ringan
- Nyeri menjalar kebagian perut bawah	19.30 WIB	4.Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi Hasil : Nyeri sedang (4-6) nyeri pada luka operasi	15.45 WIB	4.Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien Hasil : Klien terlihat lebih Tenang	08.45 WIB	4. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien Hasil : Klien terlihat lebih Tenang
- Nyeri dirasakan seperti keram,panas,perih.	19.35 WIB	5.Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri Hasil: Tidak ada adat budaya dalam penanganan kesehatan klien nyeri luka operasi	15.55 WIB	5.Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil: Klien tidak tampak gelisah	08.55 WIB	5.Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil: Klien tidak tampak gelisah
- Nyeri dirasakan hilang timbul						
Data Objektif :						
- Klien tampak meringis	19.45 WIB	6.Membantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan Hasil : Keluarga klien memberikan dukungan sepenuhnya ke klien supaya klien cepat pulih	16.10 WIB	6.Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala Hasil: Pemberian analgetik efektif, skala nyeri berkurang menjadi 3 (1-10)	09.10 WIB	6.Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala Hasil: Pemberian analgetik efektif, skala nyeri berkurang menjadi 1 (1-10)
- Terdapat luka operasi laparatomi pada abdomen bagian medial sepanjang ±12 cm dan tertutup perban	19.55 WIB	7.Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri suhu ruangan seperti membuka ventilasi, pencahayaan seperti meredupkan cahaya dan kebisingan seperti membatasi pengunjung Hasil : Klien tampak lebih tenang dan rileks	16.25 WIB	7.Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri suhu ruangan seperti membuka ventilasi, pencahayaan seperti meredupkan cahaya dan kebisingan seperti membatasi pengunjung Hasil: Klien tampak lebih tenang dan rileks	09.25 WIB	7.Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri suhu ruangan seperti membuka ventilasi, pencahayaan seperti meredupkan cahaya dan kebisingan seperti membatasi pengunjung Hasil: Klien tampak lebih tenang dan rileks
- Skala nyeri 4 (1-10)						
- TTV						
TD : 140/80 mmHg						
N : 98 x/menit						
R : 20 x/menit						
S : 36,7°C						

20.00 WIB	8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil: Belum efektif, skala nyeri belum berkurang	17.00 WIB	Hasil: efektif, skala nyeri berkurang	09.35 WIB	8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil: efektif, skala nyeri berkurang
20.10 WIB	9. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam) Hasil : Klien mengikuti arahan dari perawat dan mau melakukannya, klien tampak rileks	17.30 WIB	Hasil : Klien mengikuti arahan dari perawat dan mau melakukannya dan klien tampak rileks	09.45 WIB	9. Melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam) Hasil : Klien mengikuti arahan dari perawat dan mau melakukannya dan klien tampak rileks
20.20 WIB	10. Mengobservasi <i>vital sign</i> Hasil: TD :140/80 mmHg N : 98 x/menit S : 36,7° C R : 20x/menit	17.40 WIB	Hasil: TD :130/80 mmHg N : 91 x/menit S : 36,2° C R : 20x/menit	10.00 WIB	10. Mengobservasi <i>vital sign</i> Hasil : TD :120/80 mmHg N : 89 x/menit S : 36,2° C R : 20x/menit
20.30 WIB	11. Tingkatkan istirahat Hasil: Klien berbaring di tempat tidur		Hasil: Klien berbaring di tempat tidur	10.10 WIB	11. Tingkatkan istirahat Hasil: Klien berbaring di tempat tidur

Implementasi dari kedua klien tersebut sama, berikut ini implementasi dan hasil dari klien 1 (Ny. S) dan klien 2 (Ny. P) POD 1 yaitu, Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau, Membantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri

seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, mengajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas Dalam), mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri, meningkatkan istirahat, mengecek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi, mengobservasi vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali, memberikan analgetik katekolak 3 x 30 mg, mengevaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala Untuk penanganan nyeri non farmakologi.

4.1.2.6 Evaluasi

Tabel 4. 13

Evaluasi

Tanggal Hari Jam	Klien 1	Tanggal Hari Jam	Klien 2	TTD
23 Desember 2019 Jam 11.30	S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang O : - Klien tidak tampak meringis, Skala nyeri 1 (1-10) - Klien mampu mengontrol nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas frekuensi dan tanda nyeri) - TTV TD : 120/90 mmHg N : 88 x/menit S : 36° C R : 20 x/menit A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	30 Desember 2019 Jam 13.00	S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang O : - Klien tidak tampak meringis, Skala nyeri 1 (1-10) - Klien mampu mengontrol nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas frekuensi dan tanda nyeri) - TTV TD : 120/80 mmHg N : 83 x/menit S : 36,1° C R : 20 x/menit A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	

Evaluasi dari kedua klien selama 3 x 24 jam terdapat perbedaan, skala nyeri luka operasi Ny. S dari hari pertama hingga hari ketiga adalah 5,3,1. Sedangkan skala nyeri luka operasi Ny. P adalah 4,3,1. Dari hasil tindakan yang di berikan kepada kedua klien dengan masalah keperawatan yang sama yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat dari proses insisi.

4.2 Pembahasan

Pada saat peneliti melakukan penelitian, ada berbagai hal yang menjadi faktor pendukung dan penghambat dalam proses penelitian. Faktor pendukung yang membantu peneliti dalam melakukan penelitian diantaranya kebersediaannya CI lapangan dalam membimbing peneliti dari awal proses pengumpulan data hingga selesai, sarana dan prasarana pendukung yang difasilitasi pihak RS selama peneliti melakukan penelitian, klien dan keluarga yang sudah kooperatif dan pembimbing akademik yang selalu memberi kritik dan saran agar hasil penelitian ini bisa maksimal. Faktor yang menjadi penghambat peneliti dalam melakukan penelitian adalah sumber literatur, dimana kelengkapan buku di perpustakaan institusi masih kurang sehingga peneliti harus mencari sumber literatur ke tempat lain di tengah wabah virus seperti ini. Hal tersebut menjadi kurang efektif dalam segi pemanfaatan waktu dan biaya terlebih jika buku sumber yang dicari tidak terdapat di tempat lain juga.

4.2.1 Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian penulis tidak mengalami kesulitan apapun karena klien 1 dan klien 2 selama dilakukan pengkajian sangat kooperatif dan telah memberikan kepercayaan kepada penulis dalam setiap yang dilakukan. Selain itu penulis mendapat bantuan dari perawat ruangan dan pembimbing lapangan. Pengkajian pada klien 1 didapatkan data berupa Data Subjektif : Klien mengeluh nyeri didaerah luka operasi, klien mengatakan nyeri bertambah ketika luka dibersihkan, dan berkurang saat klien beristirahat, nyeri menjalar kebagian perut bawah, nyeri dirasakan seperti ditekan-tekan, panas, perih seperti kesemutan

nyeri dirasakan hilang timbul. Hasil pengkajian pada klien 1 didapatkan data berupa Data Objektif : Klien tampak meringis, terdapat luka operasi laparotomi pada abdomen bagian medial sepanjang ± 15 cm dan tertutup perban, skala nyeri 5 (1-10) TD : 130/90 mmHg, nadi : 108 x/menit, respirasi : 22x/menit, suhu : $37,3^{\circ}\text{C}$.

Pengkajian pada klien 2 didapatkan data berupa Data Subjektif : Klien mengeluh nyeri didaerah luka operasi, klien mengatakan nyeri bertambah jika klien bergerak, dan berkurang saat klien beristirahat, nyeri menjalar kebagian perut bawah, nyeri dirasakan seperti keram, panas, perih. Nyeri dirasakan hilang timbul. Hasil pengkajian pada klien 2 didapatkan data berupa Data Objektif : Klien tampak meringis, terdapat luka operasi laparotomi pada abdomen bagian medial sepanjang ± 12 cm dan tertutup perban, skala nyeri 4 (1-10) TD : 140/80 mmHg, nadi : 98 x/menit, respirasi : 20 x/menit, suhu : $36,7^{\circ}\text{C}$.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yang ditemukan di lapangan. Hanya terdapat perbedaan skala nyeri antara klien 1 dan klien 2 karena nyeri bersifat lebih individualisme.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual ataupun potensial. Mengacu pada Doenges (2012), diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada klien dengan post operasi adalah:

- a. Nyeri berhubungan dengan adanya insisi bedah.

- b. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi (puasa)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (insisi bedah)
- d. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi.

Pada klien 1 diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.
- b. Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak karena luka Post Operasi.
- c. Gangguan Istirahat dan Tidur berhubungan dengan nyeri luka Post Operasi.
- d. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan luka Post Operasi.
- e. Resiko Infeksi berhubungan dengan masuknya Mikro organisme melalui luka terbuka Post Operasi.

Pada klien 2 diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.
- b. Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak karena luka Post Operasi.
- c. Gangguan Istirahat dan Tidur berhubungan dengan nyeri luka Post Operasi.

- d. Resiko Infeksi berhubungan dengan masuknya Mikro organisme melalui luka terbuka Post Operasi.

Diagnosa yang tidak muncul dari hasil pengkajian pada klien 1 dan klien 2 adalah:

1. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi (puasa) tidak penulis ambil, karena pada saat pengkajian penulis tidak menemukan tanda-tanda kekurangan volume cairan turgor kulit dalam batas normal yaitu < 2 detik.
2. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi. Tidak penulis ambil, karena klien sendiri telah mengetahui faktor penyebab penyakitnya dan sudah diberi tahu dokter.

Penulis menemukan 3 diagnosa yang tidak ada didalam teori yaitu Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak karena luka Post Operasi, diagnosa ini penulis ambil karena pada kedua klien terdapat keterbatasan untuk beraktifitas disebabkan adanya nyeri bekas luka post operasi, dan ditemukan data yang menunjang yaitu kekuatan otot berkurang. Diagnosa selanjutnya yang tidak ada didalam teori yaitu Gangguan Istirahat dan Tidur berhubungan dengan nyeri luka Post Operasi, diagnosa ini penulis ambil karena pada kedua klien pada saat pengkajian klien mengeluh tidak dapat beristirahat dan tidur akibat nyeri luka Post Operasi, dan ditemukan data yang menunjang yaitu klien hanya tidur 1-2 jam sehari, dan sklera tampak merah. Kemudian diagnosa yang ditemukan pada klien 1 dan tidak ada didalam teori yaitu Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan luka Post

Operasi, diagnosa ini penulis ambil karena Klien tampak gelisah, dan selalu ingin di damping oleh anggota keluarganya.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan penulis menemukan adanya kesenjangan perencanaan dalam teori dengan yang dilakukan pada lapangan. penulis hanya menggunakan 14 intervensi karena sesuai kebutuhan kedua klien tersebut di lapangan.

Intervensi yang penulis gunakan ada 14 intervensi (NIC-NOC, 2014-2016) yaitu:

Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas Dalam), Evaluasi keefektifan kontrol nyeri, Tingkatkan istirahat, Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi, Mengobservasi *vital sign* sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali, Berikan analgetik kateolac 3 x 30 mg, Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.

Intervensi yang tidak penulis gunakan yaitu:

1. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau tidak penulis ambil karena kedua klien belum mengalami operasi sebelumnya.

2. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau. Dikarenakan kedua klien tidak pernah menjalani Operasi sebelumnya.
3. Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri. Dikarenakan sejak awal kedua klien sudah menandatangani surat responden.

Jadi, intervensi yang penulis gunakan sesuai teori tetapi tidak semua intervensi menurut teori penulis gunakan karena penulis menyesuaikan kebutuhan dan situasi di lapangan.

4.2.4 Tindakan

Pada tahap ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Hal-hal yang mendukung penulis adalah kesediaan klien dan keluarga untuk melakukan tindakan yang telah disusun bersama dengan bimbingan dari perawat ruangan dan pembimbing akademik kampus. Implementasi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan apa yang ada di intervensi keperawatan. Dan setiap hasil dari setiap tindakan sudah didokumentasikan. Untuk tindakan keperawatan sendiri kedua klien sama-sama diajarkan tentang manajemen nyeri berupa teknik non farmakologi : Teknik relaksasi nafas dalam.

Pada pembahasan ini penulis hanya akan membahas penurunan skala nyeri yang dilaporkan oleh klien 1 dan klien 2 dari hasil pertama, kedua dan ketiga setelah dilakukan tindakan keperawatan mandiri manajemen nyeri berupa teknik non farmakologi : Teknik relaksasi nafas dalam dan tindakan keperawatan

kolaborasi berupa pemberian analgetik sesuai intruksi dokter. Adapun hasil penurunan skala nyeri yang di laporkan oleh klien 1 adalah sebagai berikut:

- a. Pada hari pertama skala nyeri klien 5 (1-10) dan penulis mengajarkan kepada klien untuk mengurangi nyeri dengan cara non farmakologi dengan menggunakan terapi Relaksasi nafas dalam, teknik ini merupakan sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah untuk dilakukan siapapun.

Pada hari kedua, penulis melakukan implementasi sesuai kebutuhan klien dengan melakukan 11 implementasi dari 14 intervensi yang dilakukan pada hari pertama. Implementasi seperti mengobservasi vital sign, menentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat, memberikan analgetik ketorolac secara IV, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, evaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri, melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam), mengobservasi vital sign kembali, dan meningkatkan istirahat Adapun hasil dari implementasi selama 3 x 24 jam adalah dari hari kedua klien belum mencapai kriteria hasil yang diinginkan. Skala nyeri turun menjadi 3 (1-10).

TD: 120/90 mmHg, nadi: 96 x/ menit, suhu: 36,7°C, respirasi: 20 x/ menit.

Pada hari ketiga, skala nyeri klien berkurang menjadi 1 (1-10). Nyeri berkurang karena pemberian analgesik yang di kombinasikan dengan Relaksasi nafas dalam. Pemberian efek relaksasi dapat mengurangi nyeri yang

dirasakan akibat tindakan pembedahan dan dapat meningkatkan kontrol terhadap nyeri yang terjadi. Efek relaksasi juga akan memutuskan siklus nyeri dan ketegangan.

b. Klien 2

Pada hari pertama skala nyeri klien 4 (1-10) dan penulis mengajarkan kepada klien untuk mengurangi nyeri dengan cara non farmakologi dengan menggunakan terapi Relaksasi nafas dalam, teknik ini merupakan sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah untuk dilakukan siapapun. Pada hari kedua, penulis melakukan implementasi sesuai kebutuhan klien dengan melakukan 11 implementasi. Implementasi seperti mengobservasi vital sign, menentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat, memberikan analgetik ketorolac secara IV, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, evaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri, melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam), mengobservasi vital sign kembali, dan meningkatkan istirahat Adapun hasil dari implementasi selama 3 x 24 jam adalah dari hari kedua klien belum mencapai kriteria hasil yang diinginkan. Skala nyeri turun menjadi 3 (1-10) TD: 130/80 mmHg, nadi: 92 x/menit, suhu: 36,2° C, respirasi: 20 x/ menit. Pada hari ketiga, skala nyeri klien berkurang menjadi 1 (1-10). Nyeri berkurang karena pemberian analgesik yang di kombinasikan dengan

Relaksasi nafas dalam. Pemberian efek relaksasi dapat mengurangi nyeri yang dirasakan akibat tindakan pembedahan dan dapat meningkatkan kontrol terhadap nyeri yang terjadi. Efek relaksasi juga akan memutuskan siklus nyeri dan ketegangan.

Menurut penulis implementasi yang dilakukan pada studi kasus pada kedua klien dengan nyeri akut sudah sesuai dengan intervensi. Pemberian teknik non farmakologi berupa teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri dengan pemberian teknik relaksasi nafas dalam akan memungkinkan meningkatkan suplai oksigen ke jaringan sehingga akan dapat menurunkan nyeri yang dialami oleh setiap individu. Adapun faktor penghambat: penulis tidak dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dalam waktu 24 jam karena keterbatasan jam kerja. Untuk itu penulis bekerja sama dengan perawat ruangan untuk memonitor keadaan klien dengan cara membuat dokumentasi asuhan keperawatan pada kedua klien dan waktu pemberian obat ruangan melati 4.

4.2.5 Evaluasi

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam yang di mulai sejak 20 Desember 2019 sampai 22 Desember 2019 dan 28 Desember 2019 sampai 30 Desember 2019 dengan Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi teratasi.

Hasil kriteria evaluasi yang diharapkan menurut Nurarif dan Kusuma (2015), adalah :

1. Mampu mengontrol nyeri (menggunakan teknik nonfarmakologi)

2. Klien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri. Skala nyeri (0-1)
3. Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
4. Klien tidak menunjukkan reaksi non verbal dari ketidaknyamanan akibat nyeri (wajah klien tidak tampak meringis)
5. Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD:100/60-140/100 mmHg

N :60-100x/menit

R :16-20x/menit

S :36,5-37,5 C

Menurut penulis tujuan yang direncanakan penulis tercapai, karena kedua klien sudah mencapai kriteria hasil, sehingga intervensi dapat dihentikan. Dan selanjutnya mengikuti instruksi dokter, yaitu pasien diperbolehkan untuk pulang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada kedua klien yaitu Klien 1 (Ny. S) dan klien 2 (Ny. P) dengan Asuhan Keperawatan pada klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya, yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 20 Desember 2019 sampai dengan 22 Desember 2019 pada klien (Ny. S), dan tanggal 28 Desember 2019 sampai dengan 30 Desember 2019 pada (Ny. P). Penulis melakukan asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis mulai dari tahapan pengkajian sampai dengan evaluasi dan penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian pada kedua klien dilakukan secara sistematis meliputi pengumpulan data dan analisa data sampai didapatkannya suatu diagnose keperawatan dan dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penulisan karya tulis ini adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik pada kedua klien. Data focus yang penulis dapatkan merupakan data yang mendukung ke lima masalah pada klien 1 (Ny. S) yaitu data yang mendukung timbulnya masalah keperawatan : Nyeri Akut, Hambatan Mobilitas fisik, Gangguan Istirahat dan Tidur, Ansietas, Resiko Infeksi. Sedangkan data fokus penulis dapatkan yang mendukung didapatkan masalah pada klien 2 (Ny. P) yaitu data yang mendukung timbulnya masalah keperawatan :

Nyeri Akut, Hambatan Mobilitas fisik, Gangguan Istirahat dan Tidur, Resiko Infeksi.

5.1.2 Diagnosa keperawatan

Setelah menganalisa data dari hasil pengkajian serta menentukan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 (Ny. S) yaitu:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.
- b. Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak karena luka Post Operasi.
- c. Gangguan Istirahat dan Tidur berhubungan dengan nyeri luka Post Operasi.
- d. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan luka Post Operasi.
- e. Resiko Infeksi berhubungan dengan masuknya Mikro organisme melalui luka terbuka Post Operasi.

Setelah menganalisa data dari hasil pengkajian serta menentukan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 2 (Ny. P) yaitu:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.
- b. Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak karena luka Post Operasi.
- c. Gangguan Istirahat dan Tidur berhubungan dengan nyeri luka Post Operasi.

- d. Resiko Infeksi berhubungan dengan masuknya Mikro organisme melalui luka terbuka Post Operasi.

Dari beberapa diagnosa yang muncul penulis berfokus pada diagnosa keperawatan nyeri akut yang di angkat sebagai justifikasi tindakan keperawatan.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan disesuaikan dengan teori, dan dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kedua klien. Pada intervensi keperawatan penulis mengambil 17 intervensi pada kedua klien. Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan penulis melibatkan klien dan keluarga, adanya kerjasama klien dengan perawat tim kesehatan lainnya, sehingga keberhasilan rencana merupakan berkat kerjasama bersama untuk meningkatkan derajat kesehatan pada klien.

5.1.4 Implementasi

Hasil tindakan keperawatan pada klien 1 hari pertama klien miring kiri dan kanan di bantu oleh keluarga kemudian keadaan luka tampak kotor,perban terbuka dan kemerahan di tepi luka, skala nyeri klien 5 (1-10). Pada hari kedua klien sudah mampu miring kiri dan kanan secara mandiri, keadaan luka tampak kemerahan dan tertutup perban, skala nyeri klien 3 (1-10). Pada hari ketiga klien sudah mampu duduk di pinggir tempat tidur. Luka klien tampak kering dan bersih, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, skala nyeri klien 1 (1-10). Pada klien 2 hari pertama klien sudah bersedia miring kiri dan kanan secara perlahan-lahan dengan keadaan luka yang tampak kemerahan, skala nyeri klien 4 (1-10). Hari kedua klien mampu duduk di tepi tempat tidur, luka klien tampak kering dan bersih, skala

nyeri klien 3 (1-10). Hari ketiga klien sudah mampu turun dari tempat tidur dan tanda-tanda infeksi tidak muncul, skala nyeri klien 1 (1-10). Pada tahap tindakan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik karena klien dan keluarga kooperatif terhadap setiap tindakan yang diberikan. Bantuan dan dukungan dari CI lapangan dan perawat ruangan juga berperan dalam keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi dilakukan oleh penulis dari setiap tindakan yang diberikan baik secara formatif maupun sumatif untuk menentukan tercapai tidaknya perkembangan klien sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan. Hasil observasi berdasarkan tindakan yang telah diberikan pada kedua klien dapat teratasi dalam waktu 3 hari perawatan, berfokus pada implementasi yang dilakukan untuk menangani masalah nyeri akut ditandai dengan skala nyeri 1(1-10), ekspresi wajah tidak meringis, dan TTV dalam batas normal. Sehingga Assessment pada evaluasi ini adalah masalah teratasi.

5.2 Saran

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan selama tiga hari di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. Penulis dapat memperoleh pengalaman sehingga dapat mengetahui kekurangan atau hal yang perlu dipertahankan dengan demikian pada kesempatan ini penulis menyampaikan beberapa saran yang ditujukan kepada :

1. Institusi Pendidikan

Pertahankan kinerja pembimbing akademik dalam memantau proses penelitian mahasiswa dari awal hingga akhir. Kemudian perbaiki fasilitas untuk mencari sumber literatur agar memudahkan mahasiswa dalam menyelesaikan proses penyusunan karya tulis ini. Akan lebih baik juga jika buku-buku di perpustakaan instansi pendidikan ditambahkan buku-buku keluaran terbaru khususnya tentang sistem pencernaan. Dan pihak pendidikan diharapkan dapat meningkatkan sarana dan prasarana seperti alat pemeriksaan fisik.

2. Institusi Rumah Sakit

Kepada pihak rumah sakit RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya untuk terus mempertahankan pelayanan dan perawatan yang sudah ada, karena sudah sangat baik. Diharapkan dapat meningkatkan sarana dan prasarana yang ada diruangan khususnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media
- Brunner & Suddarth. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Dermawan, Deden dan Tutik Rahayuningsih. 2010. *Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Pencernaan)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2016). Profil Kesehatan. Bandung Diakses dari <https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf>
- Doenges, Marilyn E. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Drs. H. Kirnantoro & Ns. Maryana. 2017. *Anatomi Fisiologi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Hidayat. 2011. *Metode penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medik
- Jitowiyono dan Kristiyanasari. 2017. *Keperawatan Post Operasi Pendekatan Nanda NIC-NOC*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta: EGC
- Mardalena, Ida. 2018. *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Maryunani. 2010. *Manajemen Nyeri*. Jakarta: TIM
- Mayasyanti Dewi Amir, Poppi Nuraeni. 2018. *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Appendectomy Di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi*. Juni 2018
- Nadia Evania. 2013. *Konsep Dasar Pemeriksaan Fisik Keperawatan*. Jogjakarta: D-Medika
- NANDA. 2018-2020. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 Edisi 11*. Jakarta: EGC
- Nurarif, Amin Huda dan Hardi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan NANDA NIC-NOC Jilid 1*. Yogyakarta: Medication Jogja
- Potter dan Perry. 2011. *Fundamental Of Nursing: Concep, Proses, dan Practice*. Jakarta: EGC
- Rekam Medik RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya
- Satriyo Agung, Annisa Andriyani, et all. 2013. *Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum di RSUD dr. Moewardi Surakarta*. Infokes, Vol.3 No.1. Februari 2013
- Sjamsuhidajat, Wim de Jong. 2015. *Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi II*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, Susan C. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah (Handbook For Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing edisi 12*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, Suzanne, C. Bare Brenda, G. 2018. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, Edisi VIII*. Jakarta: EGC

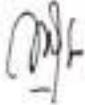
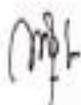
Yudiyanta, Novita, K., & Wahyu, N. R. (2015). *Assessment Nyeri. Jurnal Kesehatan*

LEMBAR KONSULTASI KTI

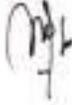
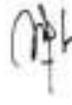
Nama Mahasiswa : Marini Aprilia

NIM : AKX.17.045

Nama Pembimbing I : Ade Tika H,S,kep.,Ners., M.Kep

No	Tanggal	Saran dan pertimbangan pembimbing	Tanda tangan
1	Jumat, 10 April 2020	<p>Bab 1</p> <ul style="list-style-type: none">• Masukan di bab II saja• Teori masukan di bab II saja. Dilatar belakang boleh memasukan konsep teori tetapi terkait latar belakang. Jika masih berbicara tentang apendik sebaiknya disatukan dalam 1 paragraf saja.• Datanya terlalu lama. Cari data terbaru terkait kejadian apendik.• Perhatikan panduan. 1 paragraf berisi 1 isi fikir, Min dalam 1 paragraf 5 kalimat.• Jabarkan dulu masalah yang muncul pada kasus. Tidak hanya terfokus pada nyeri. Alasan ketertarikan penulis belum terjabarkan.	
2	Kamis, 16 April 2020	<p>Bab 1</p> <ul style="list-style-type: none">• Benerankan lagi katakatanya menurut kata-kata sendiri.• Di singkat lagi paragraph 1-3 bisa digabung• Data diubah lagi, Seperti dari who• Sumber harus jelas• Ditulis Diagnosa dari pre sampai post op• Dibacalagi, apendik tidak mengalami critema• Tulisan di ruang, R nya di ganti menjadi huruf capital <p>Bab 2</p> <ul style="list-style-type: none">• Tulisan Table gambar ditulis di atas gambar• Di anatomi hati gambarnya dihilangkan saja	

		<ul style="list-style-type: none"> • Bagian Anatomi ginjal hilangkan saja • Fisiologi sistem pencernaan disingkat lagi • Pengkajian skala nyeri sering menggunkan yang mana? Tuliskan • Tambahkan lagi diagnosanya <p>Bab 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data yang didapatkan dari wawancara • Dipisah antara Observasi dan Pemeriksaan Fisik • Di pemeriksaan fisik lebih disingkat lagi saja • Studi dokumentasi Data yang di dapatkan dari RM Membaca buku dan jurnal • Penyajian data,sesuaikan dengan data yang didapatkan • Apa saja yang dilakukan saat informed concent 	
3	Jumat, 01 Mei 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Bab 1 & 2 (ACC) <p>Bab 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasiennya masih apendiks atau sudah Post Op? jika sudah operasi langsung saja Post Op laparotomi Eksplorasi 	
4	Sabtu, 23 Mei 2020	<p>Bab 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagian 3.2.1 tambahkan jadi Post Operasi Laparotomi Eksplorasi • Bagian 3.7.1 di Pengumpulan Data tambahkan Pemeriksaan Fisik • Bagian 3.8 Etik penelitian apa yang dilakukan oleh peneliti, jabarkan <p>Bab 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagian analisa data. Hilangkan saja. Jangan menjadikan tindakan/prosedur tindakan sebagai etiologi dari suatu masalah klien. • Bagian hambatan mobilitas fisik Sukar bergerak, atau ketakutan saat akan bergerak (karena takut nyeri?) • Ada diatas saja : nyeri akibat adanya luka 	

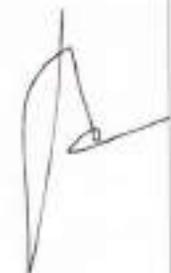
		<ul style="list-style-type: none"> • Mengapa nyerinya menjalar ke perut bawah? • Berapa jam jumlah tdr pasien? Masukan di data pengkajian –DS DO di analisa data juga • kan sudah jd masalah tersendiri jangan dijadikan masalah 	
5	Selasa, 16 Juni 2020	Bab 3 ACC	
6	Sabtu, 20 Juni 2020	<p>Bab 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Judul dan keterangannya sejajarkan • Pada implementasi Perbaiki menjadi kalimat kerja. Tidak dibilang lagi 3x30 mg nya disini. • Pembahasan pada implementasi Tidak difokuskan pada 1 intervensi. Tetapi pada aspek per diagnose. Apa yg dilakukan. Jabarkan implemntasi dan hasil / evaluasinya setiap hari. Bagaimana perkembangannya 	
7	Senin, 22 Juni 2020	Bab 4 ACC	

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Marini Aprilia

NIM : AKX.17.045

Nama Pembimbing 2 : Drs. Rachwan Herawan, BScAn., M.Kes

No	Tanggal	Saran dan pertimbangan pembimbing	Tanda tangan
1	Kamis, 02 April 2020	Bab I <ul style="list-style-type: none">Jangan ada kalimat di bab I yang ditulis lagi di bab 3.Di judul jangan ada kata yang di singkat Post Op, harus Post Operasi. Bab III <ul style="list-style-type: none">Di etika penulisan ada kata-kata makan semestinya maka.	
2	Senin, 20 April 2020	Bab II <ul style="list-style-type: none">Ginjal tidak termasuk alat pencernaan, jadi tidak perlu anatomi dibahas.Jangan ada lembaran kosong, Pathway naik ke lembar di atasnya.Tulis sumber Bagan dibawah, jangan banyak istilah misal kalo mau pakai istilah appendik ya appendik klo mau umbai cacing salah satu aja yg di pakai.Bagan tentang nyeri tulis sumbernya di bawah gambar.2.3.1 Pengkajian Kep dan kalimat di bawahnya jangan mepet.2.3.5 Evaluasi ditulis di halaman dibawahnya.	
3	Jumat, 08 Mei 2020	Bab I, II, III, V (ACC) Bab IV <ul style="list-style-type: none">Tambahkan jam pada saat pengkajianPada data subjektif pada intervensi jangan ada nilai berupa angka (Skala Nyeri)	

4	Minggu, 17 Mei 2020	Bab IV <ul style="list-style-type: none">• Luas tanah RS satuannya apa? M/Hektar• Penulisan ekstremitas bawah perbaiki	
5	Rabu, 03 Juni 2020	Bab IV ACC	



**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)
MENJADI PASIEN KELOLAAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Nys
Jenis Kelamin/ No RM : Perempuan / 16962197
Umur : 59 tahun
Diagnosa medis/ Ruang : Post Operasi Laparotomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut
Alamat : Gunung Subang, Kawalu Kota Tasikmalaya

telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Marini Aprilia
NIM : 17.045
Fakultas : Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Institusi : Universitas Bhakti Kencana Bandung

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Tasikmalaya, Desember 2019

Pasien

Subaenah

Tanda tangan dan nama lengkap



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)
MENJADI PASIEN KELOLAAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Ny. P
Jenis Kelamin/ No RM : Perempuan / 1387323
Umur : 57 tahun
Diagnosa medis/ Ruang : Post operasi Laparotomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut
Alamat : Kp. Gelonggang Purbaratu Kota Tasikmalaya

telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Marini Aprilia
NIM : Atx. 17.045
Fakultas : Keperawatan
Institusi : Universitas Bhakti Kencana Bandung

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Tasikmalaya, Desember 2019

Pasien



Parimah

Tanda tangan dan nama lengkap



LEMBAR JUSTIFIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Ade tika

NIK :

Menyatakan bahwa mahasiswa :

Nama : Marini Aprilia

NIM : Atx. 19.043

Prodi :

Judul : Agihan keperawatan pada W post LE

as hipertensi akut & masalah urogenital
RS LHD D-Sumatera K. Kelat. &

Masalah Keperawatan

Nyeri akut

(gumil besar & Pn (Am Am))

Telah selesai melakukan justifikasi pada Tanggal 30. Bulan Desember Tahun 2019 tempat
RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya dan dinyatakan setuju untuk melanjutkan pengambilan
kasus kedua serta penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah nya.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.

Dosen Yang Justifikasi

Ade Tika Harahat, M.Kep.

Tanda tangan dan nama lengkap



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : 19.045
NAMA PASIEN : Ny. S (Klien 1)
DIAGNOSA MEDIS : Post operasi Laparotomi Ekspansif
atas Indikasi Apendisitis Akut.

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1.	20 Desember 2019	08.00		1. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : klien tampak gelisah	Jmmf	Zhae
		08.00		2. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat Hasil : Nyeri abdomen dengan derajat nyeri sedang.		
		08.30		3. Mengecek instruksi dokter tentang Jenis obat, dosis, dan frekuensi Hasil : ketorelac 3x30 mg	Jmmf	Zhae
		08.35		4. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien Hasil : klien terlihat lebih tenang		
		08.45		5. Mengevaluasi tipe dan sumber nyeri. Untuk menentukan intervensi Hasil : nyeri sedang (4-6) nyeri focal luka operasi	Jmmf	Zhae
		08.45		6. Memberikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat ketorelac 3x30 mg Hasil : Nyeri sedikit berkurang. Skala nyeri masih 5 (0-10)		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marina Aprilia
NIM : Akc.17.045
NAMA PASIEN : Ny. S (Klien 1)
DIAGNOSA MEDIS : Post operasi laparotomi Histerorasi
atas Indikasi Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		09.00		7. Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri Hasil : Tidak ada alat budaya dalam penanganan keluhan klien		
		09.05		8. Membantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan Hasil : Keluarga klien memberikan dukungan sepenuhnya ke klien supaya klien cepat sembuh	Jmmf	Zms
		09.10		9. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan seperti membuka ventilasi, pencahayaan seperti meredupkan cahaya dan kebisingan seperti membatasi pengunjung Hasil : Klien tampak lebih tenang dan rileks		
		09.20		10. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala Hasil : pemberian analgetik belum efektif, skala nyeri masih tetap 5 (0-10)	Jmmf	Zms
		09.30		11. Mengevaluasi tingkat keefektifan kontrol nyeri Hasil : Belum efektif, skala nyeri belum berkurang		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : Apx. 13.045
NAMA PASIEN : Ny. S. (Klien 1)
DIAGNOSA MEDIS : Post operasi Laparotomi Eksplorasi
atas Indikasi Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Ds	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		09.40		12. Mengajarkan teknik teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam) hasil : klien mengikuti arahan dari perawat dan mau melakukan klien tampak rileks		
		11.00		13. Mengobservasi vital sign hasil : TD = 130/90 mmHg N = 103 x / menit R = 21 x / menit S = 37.3°C	Jmmf	Jmmf
		11.10		14. Tingkatkan istirahat hasil : klien berbaring ditempat tidur		
2	21 Desember 2019	09.45		1. Mengobservasi Vital Sign hasil : TD : 120/90 mmHg N : 96x/menit R : 20x/menit S : 36.7°C	Jmmf	Jmmf
		08.00		2. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat hasil : Nyeri abdomen derajat nyeri ringan		
		08.15		3. Memberikan analgetik tepat waktu ti. Morolac 3 x 30 mg secara iv hasil : nyeri berkurang, skala mosh di 3 (0-10)		

LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : Akx.19.045
NAMA PASIEN : Ny. S (Klien 1)
DIAGNOSA MEDIS : Post operasi Laparotomi Besi/terasa
atas Indikasi, Appendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		08.25		4. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien Hasil : klien terlihat lebih tenang		
		08.30		5. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : klien tampak tidak gelisah	Jhmar	Zhary
		08.45		6. Mengevaluasi efektivitas analgetik tanda dan gejala Hasil : pemberian analgetik efektif skala nyeri berkurang menjadi 3(0-10)		
		08.55		7. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri suhu ruangan seperti membuka ventilasi, pencahayaan seperti meredupkan cahaya dan kebisingan seperti membatasi pengunjung Hasil : klien tampak lebih tenang dan rileks	Jhmar	Zhary
		09.00		8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil : efektif, skala nyeri berkurang		
		09.45		9. Melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam) Hasil : klien mengikuti arahan dari perawat dan mau melakukan klien tampak rileks		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Adrita
NIM : 100.18.045
NAMA PASIEN : Ny. S (klien 1)
DIAGNOSA MEDIS : Post Operasi Laparotomi Eksplorasi
atas Indikasi Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		12.00		10. Mengobservasi vital sign Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 96 x /menit S : 36,6 °C R : 20 x /menit		
		12.10		11. Tingkatkan istirahat Hasil : klien berbaring tempat tidur		
3.	22 Desember 2019	16.00		1. Mengobservasi vital sign Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 94 x /menit S : 36,5 °C R : 20 x /menit	Jmmf	Zlm
		16.15		2. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat Hasil : Nyeri abdomen dengan derajat nyeri ringan		
		16.20		3. Memberikan analgetik tepat waktu tertunda saat nyeri hebat Hasil : Nyeri berkurang, skala nyeri 1 (0-10)	Jmmf	Zlm
		16.30		4. Menunjukkan teknik komunikasi terapeutik untuk mengatasi pengalaman nyeri. Hasil : klien terlihat lebih tenang		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : Akh. 17.045
NAMA PASIEN : Ny. S (klien 1)
DIAGNOSA MEDIS : Post operasi Laparotomi Eksplorasi
atas Indikasi Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		16.35		5. Mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidakhnyamanan Hasil : klien tidak tampak gelisah		
		16.50		6. Mengevaluasi efektivitas analgesik farmak dan gelava Hasil : pemberian analgesik efektif Skala nyeri berkurang menjadi 1 (0-10)	Shanty	Zhu
		17.00		7. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri Hasil : klien tampak lebih tenang dan rileks		
		17.05		8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil : efektif, skala nyeri berkurang		
		17.30		9. Melakukan teknik nonfarmakologi (Relaksasi Nafas dalam) Hasil : klien mengikuti arahan dari perawat dan melakukannya	Shanty	Zhu
		19.00		10. Mengobservasi vital Sign Hasil : TD: 120/90 mmHg N: 94x/m R: 20x/m S: 36,5°C		
		19.15		11. Tingkatkan Istirahat Hasil : klien berbaring ditempat tidur		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : 190119045
NAMA PASIEN : Ny. P (Klien 2)
DIAGNOSA MEDIS : Defek operasi Laparotomi eksplorasi
atas Indikasi Apendicitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1.	28 Desember 2019	19.00		1. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan Hasil : klien tampak tenang		
		19.15		2. Menentukan lokasi, karakteristik kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat Hasil : nyeri abdomen dengan derajat nyeri sedang		
		19.25		3. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk madaahui pengalaman nyeri klien. Hasil : klien terlihat lebih tenang		
		19.30		4. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi Hasil : nyeri sedang (4-6) nyeri pada luka operasi.		
		19.35		5. Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri. Hasil : Tidak ada adat budaya dalam penanganan kesehatan klien nyeri luka operasi		
		19.45		6. Membantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukn dukungan Hasil : keluarga pasien memberikan dukungan sepenuhnya ke klien supaya klien cepat sembuh.		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : 19.045
NAMA PASIEN : Ny. P (Klien 2)
DIAGNOSA MEDIS : Post operasi Laboratori Ekoperasi
atas Indikasi Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		19.55		7. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri hasil : klien tampak lebih tenang dan rileks		
		20.00		8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri hasil : Belum efektif, skala nyeri belum berkurang		
		20.10		9. Mengajarkan teknik non farmakologi (Relaksasi Napas dalam) hasil : klien mengikuti arahan dari perawat dan mampu melakukannya, klien rileks		
		20.20		10. Mengobservasi vital sign hasil : TD : 140/90 mmHg N : 98 x/m R : 20 x/m S : 36,7°C		
		20.30		11. Tingkatkan istirahat hasil : klien berbaring di tempat tidur		
2.	29 Desember 2019	15.00		1. Mengobservasi vital sign hasil : TD : 130/80 N : 92 x/m R : 20 x/m S : 36,2°C		
		15.15		2. Menentukan lokasi, karakteristik kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat hasil : Nyeri abdomen Nyeri ringan		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : Atok.17.043
NAMA PASIEN : Ny. P (Klien 2)
DIAGNOSA MEDIS : Post operasi laparotomi eksplorasi
otak Inlokasi Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		15.30		3. Memberikan analgetik ketorolac secara IV Hasil : skala nyeri berkurang menjadi 3 (0-10) nyeri ringan		
		15.45		4. Menggunakan teknik komunikasi untuk mengetahui pengalaman nyeri klien Hasil : klien terlihat lebih tenang		
		15.55		5. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : klien tidak tampak gelisah		
		16.10		6. Evaluasi efektifitas analgetik tanda dan gejala Hasil : pemberian analgetik efektif, skala nyeri berkurang menjadi 3 (0-10)		
		16.25		7. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri sbb ruangan seperti membuka ventilasi Hasil : klien tampak lebih rileks dan tenang		
		16.35		8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil : efektif, skala nyeri berkurang		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Martini Aprilia
NIM : AKK. 19.046
NAMA PASIEN : Ny. P (Klien 2)
DIAGNOSA MEDIS : Post Operasi Laparotomi Explorasi
atas indikasi Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		17.00		9. Melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi nafas dalam) Hasil : klien mengikuti arahan dari perawat dan melakukannya klien tampak rileks		
		17.30		10. Mengobservasi vital sign Hasil : TD: 130/90 mmHg N: 91 x/m R: 20 x/m S: 36,2°C		
		17.40		11. Tingkatkan istirahat Hasil : klien berbaring ditempat tidur		
3.	30 Desember 2019	08.00		1. Mengobservasi vital sign Hasil : TD: 120/80 mmHg N: 88 x/m R: 20 x/m S: 36,2°C		
		08.15		2. Menentukan lokasi, karakteristik kualitas, dan derajat nyeri Hasil : Nyeri Abdomen derajat nyeri ringan		
		08.30		3. Memberikan analgetik katrolax secara IV Hasil : Skala nyeri berkurang menjadi 1 (0-10) nyeri ringan		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : Akk.17.045
NAMA PASIEN : M. P. (klien 2)
DIAGNOSA MEDIS : Post operasi (operasi Eksplorasi
Mes Indikasi Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		08.45		4. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien Hasil : klien terlihat lebih tenang		
		08.55		5. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : klien tampak gelisah		
		09.10		6. Evaluasi efektivitas analgetik tanda dan gejala Hasil : pemberian analgetik efektif, skala nyeri berkurang menjadi 1 (0-10)		
		09.25		7. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri Hasil : klien tampak lebih tenang dan rileks		
		09.35		8. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil : efektif, skala nyeri berkurang		
		09.45		9. Melakukan teknik non farmako (Relaksasi Napas dalam) Hasil : klien mengikuti arahan dari perawat dan klien melakukan dan klien tampak rileks		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Marini Aprilia
NIM : 19.0415
NAMA PASIEN : Ny. P (Klien 2)
DIAGNOSA MEDIS : post operasi Laparotomi Eksplorasi
Abdominal Apendisitis Akut

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		10.00		10. Mengobservasi vital sign Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 89 x/m R : 20 x/m S : 36,2°C		
		10.10		11. Tingkatkan Istirahat Hasil : klien berbaring di tempat tidur.		

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
RELAKSASI NAFAS DALAM**

Bidang Studi	: DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi
Topik	: Pendidikan Kesehatan Pengelolaan Nyeri
Sub Topik	: Teknik Relaksasi Nafas Dalam
Sasaran	: Klien Post Operasi
Tempat	: Ruang Melati 4, RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya
Waktu	: 30 Menit
Penyaji	: Marini Aprilia

A. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan, diharapkan klien dapat melakukan terapi relaksasi nafas dalam secara mandiri.

B. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan diharapkan :

- a. Klien dapat mengetahui pengertian terapi relaksasi nafas dalam.
- b. Klien dapat mengetahui manfaat terapi relaksasi nafas dalam.
- c. Klien dapat mengetahui persiapan melakukan terapi relaksasi nafas dalam.
- d. Klien dapat mengetahui langkah melakukan terapi relaksasi nafas dalam.

C. Materi Penyuluhan

(Terlampir)

D. Media

Leaflet

E. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Responden
1.	5 menit	Interaksi a. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan, prosedur yang akan dilaksanakan, dan waktu. d. Memberikan kesempatan responden untuk bertanya	a. Menjawab salam b. – c. Mendengarkan dan memperhatikan d. Responden bertanya apabila ada yang ditanyakan
2	10 menit	Tahap Kerja a. Menjelaskan materi terapi relaksasi nafas dalam b. Mendemonstrasikan terapi relaksasi nafas dalam c. Memberikan kesempatan responden untuk bertanya d. Evaluasi materi terapi relaksasi nafas dalam yang telah disampaikan e. Redemonstrasi terapi relaksasi nafas dalam oleh klien	a. Menyimak b. Memperhatikan c. Responden bertanya apabila ada yang ingin ditanyakan d. Menjawab pertanyaan e. mempraktekan
3	10 menit	Terminasi a. mengevaluasi perasaan responden. b. memberikan <i>reinforcement</i> positif c. mengakhiri kegiatan dengan baik. d. Salam Penutup.	a. Mengungkapkan perasaan setelah terapi b. Mendengarkan memperhatikan c. Menjawab salam

G. Evaluasi

1. Prosedur : Tanya-Jawab
2. Bentuk : lisan
3. Jenis Tes : Pertanyaan Lisan
4. Pertanyaan :
 - a. Jelaskan pengertian terapi relaksasi nafas dalam?
 - b. Jelaskan manfaat terapi relaksasi nafas dalam?
 - c. Jelaskan cara melakukan terapi relaksasi nafas dalam?

H. Pengorganisasian

1. Pemateri : Marini Aprilia

MATERI RELAKSASI NAFAS DALAM

A. Pengertian

Secara sederhana relaksasi nafas dalam adalah teknik yang digunakan untuk menghilangkan nyeri/kecemasan dengan cara menarik nafas dari hidung dan menghembuskan nafas secara perlahan dari mulut.

B. Manfaat Teknik Relaksasi

1. Mengurangi rasa nyeri
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Tidur lelap mengurangi stress

C. Faktor yang Mempengaruhi Relaksasi

Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik. Sensasi ringan yang muncul adalah merupakan efek dari ketegangan otot tubuh yang menurun. Perasaan hangat dieksternitas dapat dijelaskan secara fisiologis sebagai vasodilatasi pembuluh darah karena aktivasi sistem parasimpatis (Ismarina,dkk, 2015).

D. Persiapan Melakukan Terapi Relaksasi Nafas Dalam

1. Pastikan anda dalam keadaan tenang dan santai (rileks).
2. Pilih waktu dan tempat yang sesuai (duduk di kursi jika anda sedang bekerja atau di rumah).
3. Anda boleh melakukan teknik relaksasi nafas dalam ini sambil membaca doa, berdzikir, atau sholawat.

E. Langkah-langkah Tekhnik Relaksasi Napas Dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Posisi duduk, setengah duduk atau berbaring.
4. Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan.
5. Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas (inspirasi). Tahan napas sampai hitungan ketiga (1, 2, 3).
6. Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup). Kedua ujung jari tengah akan bersentuhan kembali.
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam.
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang

11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.

LATIHAN TEKNIK NAFAS DALAM



OLEH :
MARINI APRILIA

PRODI D-III KEPERAWATAN
KONSENTRASI ANESTESI
DAN GAWAT DARURAT

APA ITU TEKNIK NAFAS DALAM???

TEKNIK NAFAS DALAM ADALAH
TEKNIK YANG DI GUNAKAN UNTUK
MENGHILANGKAN
NYERI/KECEMASAN DENGAN CARA
MENARIK NAFAS DARI HIDUNG DAN
MENGHEMBUSKAN NAFAS SECARA
PERLAHAN DARI MULUT.



APA TUJUAN TEKNIK NAFAS DALAM..???

- ❖ Mengurangi rasa nyeri.
- ❖ Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah.
- ❖ Tidur lelap mengurangi stress.



APA PERSIAPAN MELAKUKAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM...?????

❖ Pastikan anda dalam keadaan tenang dan santai (rileks).

❖ Pilih waktu dan tempat yang sesuai (duduk di kursi jika anda sedang bekerja atau di rumah).

Anda boleh melakukan teknik relaksasi ini sambil membaca doa, berdzikir, atau sholawat.

APA SAJA LANGKAH TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM..???

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Posisi duduk, setengah duduk atau berbaring.
4. Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan.
5. Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas (inspirasi). Tahan napas sampai hitungan ketiga (1, 2, 3).

6. Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup). Kedua ujung jari tengah akan bersentuhan kembali.
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam.
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.

THANK YOU ☺

**TERDAPAT PENGARUH PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS
DALAM TERHADAP TINGKAT NYERI PADA PASIEN POST OPERASI
DENGAN ANESTESI UMUM DI RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

Oleh:

Satriyo Agung, Annisa Andriyani, Dewi Kartika Sari
Program studi ilmu keperawatan STIKES 'Aisyiyah surakarta
E-mail: haryantosutisno@yahoo.com

ABSTRAK

Pendahuluan; Nyeri pasca bedah merupakan satu dari masalah-masalah keluhan pasien tersering di rumah sakit. Teknik relaksasi yang digunakan dalam mengatasi nyeri post operasi di Rumah Sakit adalah dengan latihan nafas dalam. **Tujuan;** Mengetahui pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. **Metode;** Penelitian ini menggunakan desain Pre Eksperiment Design dengan rancangan One Group Pre-Post Test. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik Purposive Sampling dengan jumlah sampel penelitian 30 responden, sedangkan instrumen penelitian menggunakan lembar observasi, skala nyeri diskriptif dan lembar panduan untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam. Penelitian ini menggunakan analisa univariat dan bivariat. Pada analisa bivariat menggunakan uji Wilcoxon. **Hasil;** Hasil penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam ini mampu dilakukan oleh seluruh responden (100%), sebagian besar tingkat nyeri yang dirasakan responden sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam adalah skala 6 atau nyeri sedang dan setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam menjadi skala 3 atau nyeri ringan. Dari hasil analisa bivariat diperoleh nilai z hitung sebesar 4,830 dengan angka signifikan (p) 0,000. Berdasarkan hasil tersebut diketahui z hitung ($4,830$) $>$ z tabel ($1,96$) dan angka signifikan (p) $<$ $0,05$ sehingga ada pengaruh signifikan pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. **Kesimpulan;** Ada pengaruh signifikan pada pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Kata Kunci : Teknik relaksasi nafas, nyeri pasien post operasi

PENDAHULUAN

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan. Donahue (1989) meringkaskan “melalui rasa nyaman dan tindakan untuk mengupayakan kenyamanan, perawat memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dorongan, dan bantuan”. Berbagai teori keperawatan menyatakan bahwa kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan (Perry, 2005: 1502).

Menurut Maslow, seorang pelopor psikologi mengatakan bahwa kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar setelah kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi. Seorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktifitas sehari-harinya. Orang tersebut akan terganggu pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidurnya, pemenuhan individual, juga aspek interaksi sosialnya yang dapat berupa menghindari percakapan, menarik diri, dan menghindari kontak. Selain itu, seorang yang mengalami nyeri hebat akan berkelanjutan, apabila tidak ditangani pada akhirnya dapat mengakibatkan syok neurologik orang tersebut (Istichomah, 2007).

Ada berbagai macam nyeri yang dialami oleh pasien di Rumah Sakit dan sebagian besar penyebab nyeri pasien diakibatkan karena tindakan pembedahan/ operasi yang termasuk nyeri akut dan dapat menghambat proses penyembuhan pasien karena menghambat kemampuan pasien untuk terlibat aktif dalam proses penyembuhan dan meningkatkan resiko komplikasi akibat imobilisasi sehingga rehabilitasi dapat tertunda dan hospitalisasi menjadi lama jika nyeri akut tidak terkontrol sehingga harus menjadi prioritas perawatan (Perry, 2005: 1510).

Nyeri pasca bedah merupakan satu dari masalah-masalah keluhan pasien tersering di rumah sakit. Sebanyak 77% pasien pasca bedah mendapatkan pengobatan nyeri yang tidak adekuat dengan 71% masih mengalami nyeri setelah diberi obat dan 80%-nya mendeskripsikan masih mengalami nyeri tingkat sedang hingga berat (Yuliawati, 2008).

Klien yang menjalani pembedahan akan menerima anestesi baik anestesi umum (GA), regional (RA) maupun lokal (LA), karena tanpa anestesi tidak mungkin dilakukan pembedahan terutama prosedur mayor yang melibatkan anestesi umum (Perry, 2005). Salah satu tanggung jawab perawat adalah memberi kenyamanan dan rasa aman kepada pasien dengan cara membantu pasien dalam menemukan cara untuk mengatasi nyeri. Ada sejumlah terapi yang dapat perawat lakukan dalam penatalaksanaan nyeri akut post operasi diantaranya yaitu dengan terapi farmakologis yaitu menggunakan obat analgetik dengan cara berkolaborasi dengan medis dan dapat juga dengan terapi nonfarmakologis yaitu dengan menggunakan teknik relaksasi maupun distraksi.

Teknik relaksasi dapat digunakan saat individu dalam kondisi sehat atau sakit dan merupakan upaya pencegahan untuk membantu tubuh segar kembali dengan meminimalkan nyeri secara efektif (Perry, 2005: 1529). Teknik relaksasi yang digunakan dalam mengatasi nyeri post operasi di Rumah Sakit adalah dengan latihan nafas dalam. Adapun keuntungan dari teknik relaksasi nafas dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat di mana saja dan kapan saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien, tanpa suatu media, dapat merilekskan otot-otot yang tegang, sedangkan kerugiannya adalah tidak efektif dilakukan pada penderita penyakit pernafasan (Smeltzer, 2001). Kemudian ditegaskan kembali oleh Carney (1983) dalam Perry (2005) melaporkan hasil penelitian bahwa 60% sampai 70% klien dengan nyeri kepala yang disertai ketegangan dapat mengurangi aktifitas nyeri sampai 50% dengan melakukan relaksasi.

Menurut hasil survey yang telah dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang merupakan rumah sakit tipe A dan merupakan pusat rujukan

pasien di Kota Surakarta, didapatkan data bahwa dalam bulan Desember 2010 di ruang rawat inap kelas III RSUD Dr. Moewardi Surakarta terdapat 77 pasien post operasi baik menggunakan anestesi GA (*general anestesi*), RA (*regional anestesi*), maupun LA (*local anestesi*). Dari jumlah pasien di atas yang menggunakan GA sebanyak 48 pasien atau 62,3%, RA sebanyak 4 pasien atau 5,2%, dan menggunakan LA sebanyak 25 pasien atau sebesar 32,5%. Sehingga dari kondisi tersebut pasien berpotensi mengalami nyeri akut karena prosedur pembedahan yang dapat menghambat kemampuan dan keinginan individu untuk pulih dari suatu penyakit (Perry, 2005: 1502).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan tersebut, dapat dirumuskan masalah “Apakah ada pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta?”

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk jenis penelitian *Pre Eksperiment* dengan rancangan *One Group Pre-Post Test*. Teknik sampling yang akan di gunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah pasien pasca operasi yang dirawat inap kelas III di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada bulan Juni sampai Juli 2011. Dalam penelitian ini, penulis menetapkan jumlah sampel penelitian sejumlah 30 orang.

Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah teknik relaksasi nafas dalam. Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah tingkat nyeri. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data berupa lembar observasi, skala rentang nyeri diskriptif, dan lembar panduan teknik relaksasi nafas dalam. Pengolahan data dilakukan dengan tahapan *editing, coding, transferring dan tabulating*. Analisa data meliputi analisa univariat dalam bentuk distribusi frekuensi, analisa bivariate menggunakan uji *Wilcoxon*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Umur

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Responden

No	Umur	Frekuensi	Prosentase (%)
1	≤ 30 tahun	3	10
2	31-40 tahun	6	20
3	41-50 tahun	14	46.7
4	51-60 tahun	3	10
5	61-70 tahun	1	3.3
6	> 70 tahun	3	10
	Total	30	100

Sumber: Data Primer

Pendidikan**Tabel 2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Responden**

No	Pendidikan	Frekuensi	Prosentase (%)
1	SD	5	16.7
2	SMP	18	60
3	SMA	6	20
4	Diploma	1	3.3
	Total	30	100

*Sumber: Data Primer***Jenis Kelamin****Tabel 3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin**

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Laki-laki	19	63.3
2	Perempuan	11	36.7
	Total	30	100

*Sumber: Data Primer***Status Perkawinan****Tabel 4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Perkawinan**

No	Status perkawinan	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Kawin	28	93.3
2	Belum kawin	2	6.7
	Total	30	100

*Sumber: Data Primer***Riwayat Operasi****Tabel 5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Riwayat Operasi**

No	Riwayat Operasi	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Belum pernah	22	73.3
2	Ya, pernah	8	26.7
	Total	30	100

*Sumber: Data Primer***Hasil Identifikasi Intensitas Nyeri Sebelum Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam.****Tabel 6 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Skala Nyeri Sebelum Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam.**

No	Skala Nyeri	Kategori	Frekuensi	Prosentase (%)
1	0	Tidak nyeri	0	0
2	1	Nyeri ringan	0	0
3	2	Nyeri ringan	0	0

4	3	Nyeri ringan	0	0
5	4	Nyeri sedang	4	13.3
6	5	Nyeri sedang	7	23.3
7	6	Nyeri sedang	15	50
8	7	Nyeri berat terkontrol	4	13.3
9	8	Nyeri berat terkontrol	0	0
10	9	Nyeri berat terkontrol	0	0
11	10	Nyeri berat tak terkontrol	0	0
		Total	30	100

Sumber: Data Primer

Hasil Identifikasi Intensitas Nyeri Setelah Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam.

Tabel 7 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Skala Nyeri Setelah Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam.

No	Skala Nyeri	Kategori	Frekuensi	Prosentase (%)
1	0	Tidak nyeri	0	0
2	1	Nyeri ringan	0	0
3	2	Nyeri ringan	4	13.3
4	3	Nyeri ringan	14	46.7
5	4	Nyeri sedang	8	26.7
6	5	Nyeri sedang	4	13.3
7	6	Nyeri sedang	0	0
8	7	Nyeri berat terkontrol	0	0
9	8	Nyeri berat terkontrol	0	0
10	9	Nyeri berat terkontrol	0	0
11	10	Nyeri berat tak terkontrol	0	0
		Total	30	100

Sumber: Data Primer

Perbedaan Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Tabel 8 Perbandingan Skala Nyeri Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Perlakuan	Intensitas nyeri			
	Tidak	Nyeri	Nyeri	Nyeri berat
Sebelum	0	0	26	4
Sesudah	0	18	12	0

Sumber: Data Primer

Tabel 9 Perbandingan Skala Nyeri Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Perlakuan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Perlakuan	Skala Intensitas Nyeri NRS 0-10									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sebelum	0	0	0	4	7	15	4	0	0	0
Sesudah	0	4	14	8	4	0	0	0	0	0

Sumber: Data Primer

Tabel 10 Hasil Analisa *wilcoxon math pair test*

Tingkat Nyeri	z	p	Keterangan
<i>Pre test – Post test</i>	-4.830	0.000	Bermakna

Sumber: Data Primer

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Umur

Hasil penelitian pada Tabel 4.1 menunjukkan sebagian besar responden dengan umur 41-50 tahun, yaitu sebanyak 14 responden (46.7%). Menurut McCaffery (1999) dalam Prasetyo (2010) usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Pada pasien lansia seorang perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gejala gangguan abdomen. Sebagian lansia terkadang pasrah terhadap apa yang mereka rasakan, mereka menganggap bahwa hal itu merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari. Berdasarkan uraian di atas penulis menyimpulkan bahwa, nyeri lebih sering dialami oleh lansia dan menganggap nyeri merupakan konsekuensi proses penuaan.

Pendidikan

Hasil penelitian pada Tabel 4.2 menunjukkan sebagian besar responden dengan pendidikan SMP, yaitu sebanyak 18 responden (60%). Menurut McCaffery (1999) dalam Prasetyo (2010) pendidikan dapat berpengaruh pada kebudayaan. Kebudayaan, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka, meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Sementara itu makna nyeri, makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman atau tantangan. Berdasarkan uraian di atas penulis menyimpulkan bahwa, tingkat pendidikan menengah (SMP) mempengaruhi cara individu untuk mengatasi nyeri, hal ini

disebabkan karena individu tersebut dapat mempelajari apa yang diterima oleh kebiasaan atau kebudayaan mereka.

Jenis Kelamin

Hasil penelitian pada Tabel 4.3 menunjukkan 19 responden (63.3%) dengan jenis kelamin laki-laki. Menurut McCaffery (1999) dalam Prasetyo (2010), secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Dari penelitian terakhir memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri. Hormon seks *testosterone* menaikkan ambang nyeri pada percobaan binatang, sedangkan *estrogen* meningkatkan pengenalan/ sensitivitas terhadap nyeri. Berdasarkan uraian di atas penulis menyimpulkan bahwa, laki-laki memiliki hormon *testosterone* yang dapat mentolerir nyeri.

Status Perkawinan

Hasil penelitian pada Tabel 4.4 menunjukkan 28 responden (93.3%) dengan sudah kawin, dan 2 responden (6.7%) dengan belum kawin. Menurut Prasetyo (2010), status perkawinan merupakan dukungan sosial yang penting bagi pasien. Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga. Menurut Perry (2005), bahwa kehadiran orang yang dicintai (suami atau istri) dapat meminimalkan kesepian dan ketakutan yang dialami walaupun nyeri tetap klien rasakan. Berdasarkan uraian di atas penulis menyimpulkan bahwa, nyeri masih dirasakan oleh klien tetapi kehadiran orang terdekat (suami atau istri) dapat meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan.

Riwayat Operasi

Hasil penelitian pada pada Tabel 4.5 menunjukkan 22 responden (73.3%) sebelumnya belum pernah mengalami operasi. Hal ini menunjukkan sebagian besar pasien belum mempunyai pengalaman dalam menjalani operasi. Menurut McCaffery (1999) dalam Prasetyo (2010) setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, akan tetapi pengalaman yang telah dirasakan individu tersebut tidak berarti bahwa individu tersebut akan mudah dalam menghadapi nyeri pada masa yang mendatang. Berdasarkan uraian di atas penulis menyimpulkan bahwa, individu yang terbiasa melakukan operasi akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit melakukan operasi.

Identifikasi Intensitas Nyeri Sebelum Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam.

Hasil pengamatan sebelum dilakukan perlakuan yaitu pemberian teknik relaksasi napas dalam pada Tabel 4.6 menunjukkan sebelum diberi teknik relaksasi nafas dalam sebagian besar pasien dengan skala nyeri 6, yaitu sebanyak 15 responden (50%) dan mempunyai kecenderungan sedang menuju ke berat.

Adanya kecenderungan ini membuktikan banyak faktor yang berpengaruh terhadap nyeri, menurut Gil (1990) dalam Perry (1999) yang mengatakan bahwa nyeri merupakan sensori subjektif dan pengalaman emosional seseorang yang tidak menyenangkan yang bersifat kompleks dan dipengaruhi berbagai macam faktor.

Identifikasi Intensitas Nyeri Setelah Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam.

Setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi nafas dalam pada Tabel 4.7 menunjukkan setelah diberi teknik relaksasi nafas dalam sebagian besar pasien dengan skala nyeri 3, atau skala nyeri ringan. Hal ini menunjukkan teknik relaksasi nafas dalam efektif menurunkan intensitas nyeri. Hal ini sesuai dengan teori bahwa dengan pemberian teknik relaksasi nafas dalam akan memungkinkan meningkatnya suplai oksigen ke jaringan sehingga akan dapat menurunkan tingkat nyeri yang dialami oleh individu (Perry, 2005).

Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri

Nyeri post operasi timbul setelah efek bius atau efek anastesi sudah habis. Berbagai pemberian terapi dapat diberikan untuk mengurangi atau mengatasi nyeri. Pemberian teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu model terapi yang dapat digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri. Keberhasilan terapi tergantung dari individu masing-masing. McCaffery (1999) dalam Prasetyo (2010) menyatakan bahwa hanya klienlah yang paling mengerti dan memahami tentang nyeri yang ia rasakan. Oleh karena itu dikatakan klien sebagai *expert* tentang nyeri yang ia rasakan. Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi masing-masing individu terhadap nyeri. Seorang perawat harus menguasai dan memahami faktor-faktor tersebut agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap klien yang mengalami masalah nyeri.

Perbandingan skala nyeri pasien dapat dilihat pada Tabel 4.9, pada Tabel 4.9 menunjukkan adanya penurunan skala intensitas nyeri NRS 0-10, sebelum dilakukan pemberian teknik relaksasi nafas dalam skala intensitas nyeri 4,5,6, dan 7, setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam skala intensitas nyeri menurun menjadi 2, 3, 4, dan 5. Hal ini sesuai dengan teori-teori yang ada, salah satunya adalah teori yang paling terkenal yang diungkapkan oleh Tamsuri (2006) yaitu teori gerbang terbuka, yang mana teori ini menyatakan bahwa dengan adanya suatu stimulasi dari luar, impuls yang ditransmisikan oleh serabut berdiameter besar akan menghambat impuls dari serabut berdiameter kecil, sehingga sensasi yang dibawa oleh serabut kecil akan berkurang atau bahkan tidak dihantarkan ke otak oleh substansi gelatinosa, oleh karenanya sensasi nyeri akan berkurang atau bahkan tidak ada. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Kresnahadi (2009) yaitu pemberian teknik relaksasi nafas dalam, efektif mampu menurunkan tingkat nyeri sendi lutut pada atlet basket. Penelitian Dewi (2007) yang melakukan penelitian terhadap efektivitas pemberian teknik relaksasi nafas dalam yang dibandingkan dengan terapi musik, dengan hasil teknik relaksasi nafas dalam lebih efektif. Berdasarkan uraian di atas penulis menyimpulkan bahwa, setelah

dilakukan teknik relaksasi nafas dalam menunjukkan adanya penurunan skala intensitas nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum.

KESIMPULAN

Penelitian untuk mengetahui pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta, dapat diambil kesimpulan yaitu yang pertama adalah sebelum dilakukan pemberian teknik relaksasi nafas dalam, sebagian besar pasien mengalami nyeri dengan skala intensitas nyeri pada skala 6 atau nyeri sedang. Kedua, setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi nafas dalam, sebagian besar pasien mengalami nyeri dengan skala intensitas 3 atau nyeri ringan. Ketiga, sebelum dilakukan pemberian teknik relaksasi nafas dalam sebagian besar 26 responden mengalami nyeri sedang. Setelah dilakukan perlakuan pemberian teknik relaksasi nafas dalam sebagian kecil 18 responden mengalami nyeri ringan. Keempat, ada pengaruh signifikan pada pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, Y.P. (2007). "Perbedaan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Terapi Musik Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi dengan Anestesi Umum di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto." *Skripsi*. Program Studi Diploma IV Keperawatan Klinik Medikal Bedah Politeknik Kesehatan Semarang.
- Istichomah. (2007). Pengaruh teknik pemberian kompres terhadap perubahan skala nyeri pada klien kontusio di RSUD Sleman.
<http://p3m.amikom.ac.id>
- Kresnahadi, A.A. (2009). "Efektifitas pemberian teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri sendi lutut pada atlet basket berprestasi di GOR Ngurah Rai Denpasar." *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan : Konsep, proses, dan praktik (Fundamentals of nursing : Concepts, process, and practice)*. Alih Bahasa : Renata Komalasari. Edisi 4. Volume 2. Jakarta: EGC.
- Prasetyo, S.N. (2010). *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth (Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing)*. Alih Bahasa: Agung Waluyo. Edisi 8. Volume 1. Jakarta : EGC.
- Tamsuri, A. (2006). *Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
- Yuliawati, S., Irawati, D., Sutadi, H. (2008). Pengaruh kombinasi teknik relaksasi sistematik dan analgesik terhadap rasa nyeri pasien pasca bedah abdomen. Tesis: Universitas Indonesia.

PENGARUH TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERATIF APPENDICTOMY DI RUANG NYI AGENG SERANG RSUD SEKARWANGI

¹Mayasyanti Dewi Amir

²Poppi Nuraeni

ABSTRAK

Setiap prosedur pembedahan termasuk tindakan *Appendectomy* akan mengakibatkan terputusnya jaringan (luka). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif *Appendectomy*. Pada umumnya post operasi *Appendectomy* mengalami nyeri akibat bedah luka operasi. Menurut Maslow bahwa kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar setelah kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi. Jenis penelitian ini menggunakan quasi eksperimen dengan *pre – test dan post – test* design tanpa control. Penelitian ini dilakukan dari tanggal 23 mei- 22 juni 2018. Populasinya semua pasien post operatif *Appendectomy* di ruang nyi ageng serang RSUD Sekarwangi. Cara pengambilan sampel dengan *Accidental sampling* dan sampel dalam penelitian ini sebanyak 17 orang dengan analisa hipotesis menggunakan uji *wilcoxon*. Hasil penelitian didapatkan bahwa 17 orang sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam skala nyeri 5.00 dan sesudah diberikan relaksasi nafas dalam skala nyeri 3.00 berdasarkan hasil uji *wilcoxon* bahwa ada pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif *appendectomy* dengan nilai $p=0.000(p<0.05)$. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif *appendectomy*. Mengingat relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri post operatif *appendectomy* perawat ruangan dapat diterapkan kepada pasien post operatif *appendectomy* sebagai terapi non farmakologi.

Kata Kunci: Relaksasi Nafas Dalam, Skala Nyeri, Post Operatif

A. PENDAHULUAN

Tujuan pembangunan kesehatan Indonesia 2025 dapat dilakukan dengan upaya-upaya kesehatan yang berhubungan dengan tenaga, fasilitas, dan pelayanan kesehatan yang memadai. Fasilitas yang ada salah satunya adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan di Rumah Sakit. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Kesehatan (RPJPK) 2005 – 2025 menjabarkan bahwa Rumah Sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan memiliki berbagai fasilitas dalam rangka mendukung penyelenggaraan pembangunan maka pelayanan kesehatan yang dilakukan di Rumah Sakit meliputi promosi kesehatan, preventif, kuratif dan rehabilitative (Kemenkes, 2015).

Rumah Sakit merupakan pelayanan rujukan yang memberikan pelayanan

kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan, salah satu pelayanan lanjutan itu adalah tindakan pembedahan. Pembedahan adalah salah satu tindakan pengobatan dengan penyembuhan penyakit dengan cara memotong, mengiri anggota tubuh yang sakit (Kemenkes, 2015).

Insiden *Appendicitis* cukup tinggi termasuk Indonesia merupakan penyakit urutan ke empat setelah *dyspepsia*, *gastritis* dan *duodenitis* dan sistem cerna lainnya (Satrio, 2009). Setiap tahun *Appendicitis* menyerang 10 juta penduduk Indonesia, dan saat ini morbiditas angka *appendicitis* di Indonesia mencapai 95/1000 penduduk dan angka ini merupakan tertinggi diantara Negara-negara *Assosiation South East Asian Nation (ASEAN)* (Lubis, 2008).

Dinas kesehatan Jawa Barat menyebutkan pada tahun 2013, jumlah kasus *Appendicitis* di Jawa Barat sebanyak 5.980 penderita, dan 177 penderita diantaranya menyebabkan kematian. Dalam hal ini, peranan perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat bagi klien dengan gangguan sistem pencernaan terkait *Appendicitis*. Klien akan mengeluh nyeri pada perut kanan bawah sehingga mengganggu dalam pemenuhan kebutuhan serta aktivitas klien. Bahkan dalam keterlambatan penanganan *Appendicitis* perforasi dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Angka mortalitas bervariasi, pada *appendicitis* akut kurang dari 0,1 % sedangkan *Appendicitis* perforasi mencapai 5% (*Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2013*).

Pada umumnya post operasi *Appendectomy* mengalami nyeri akibat bedah luka operasi. Menurut Maslow bahwa kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar setelah kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi. Seorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari. Seorang tersebut akan terganggu pemenuhan kebutuhan istirahat tidur, pemenuhan individu, juga aspek interaksi sosialnya yang dapat berupa menghindari percakapan, menarik diri dan menghindari kontak. Selain itu seorang yang mengalami nyeri hebat akan berkelanjutan, apabila tidak ditangani pada akhirnya dapat mengakibatkan syok neurogenic pada orang tersebut (*Gannong, 2008*).

Appendectomy memberikan efek samping salah satunya pasien merasakan rasa nyeri, Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan

nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (*Hidayat, 2009*).

Nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh, rasa nyeri timbul bila ada jaringan tubuh yang rusak, dan hal ini akan menyebabkan individu bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri. Rasa nyeri dapat dibagi dua rasa nyeri utama: rasa nyeri cepat dan rasa nyeri lambat, bila diberikan stimulus nyeri maka rasa nyeri cepat timbul dalam waktu kira-kira 0.1 detik, sedangkan rasa nyeri lambat timbul setelah 1 detik atau lebih dan kemudian secara perlahan bertambah selama beberapa detik dan kadang kala beberapa menit (*Tamher, 2008*). Dari sumber di atas maka peneliti memberi kesimpulan bahwa Nyeri adalah perasaan tidak nyaman dan tidak menyenangkan yang bisa membatasi kemampuan seseorang untuk melaksanakan rutinitas sehari-hari yang dirasakan pada setiap individu, nyeri biasanya timbul bila terjadi kerusakan jaringan tubuh.

Setiap prosedur pembedahan termasuk tindakan *Appendectomy* akan mengakibatkan terputusnya jaringan (luka). Dengan adanya luka tersebut, akan merangsang nyeri yang disebabkan jaringan luka yang mengeluarkan prostaglandin dan leukotriens yang merangsang susunan saraf pusat, serta adanya plasma darah yang akan mengeluarkan plasma extravasion sehingga terjadi edema dan mengeluarkan bradikinin yang merangsang susunan saraf pusat, kemudian diteruskan ke spinal cord untuk mengeluarkan impuls nyeri, nyeri akan menimbulkan berbagai masalah fisik maupun psikologis. Masalah-masalah

tersebut saling berkaitan, apabila masalah-masalah tersebut tidak segera diatasi akan menimbulkan masalah yang kompleks (Solehati, 2015).

Dampak dari *Appendicitis* terhadap kebutuhan dasar manusia diantaranya kebutuhan dasar cairan, karena penderita mengalami demam tinggi sehingga pemenuhan cairan berkurang. Kebutuhan dasar nutrisi berkurang karena pasien apendisitis mengalami mual, muntah, dan tidak nafsu makan. Kebutuhan rasa nyaman penderita mengalami nyeri pada abdomen karena peradangan yang dialami dan personal hygiene terganggu karena penderita mengalami kelemahan. Kebutuhan rasa aman, penderita mengalami kecemasan karena penyakit yang dideritanya (Ellizabeth, 2008).

Menurut International Association for Study of Pain (IASP), nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Yusrizal, 2012).

Penelitian yang telah membuktikan tentang keberhasilan teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri diantaranya Berdasarkan hasil penelitian Siti Syahriyani (2010) mengenai pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien postoperasi *Appendectomy* di ruang perawatan bedah RSUD TK II Pelamonia Makassar, didapatkan intensitas nyeri responden sebelum pemberian teknik sebelum pemberian teknik relaksasi yang nyeri ringan 3 orang (20,00%), nyeri sedang 8 orang (53,33%) dan nyeri berat 4 orang (26,67%). Setelah diberi teknik relaksasi terjadi perubahan intensitas nyeri yaitu dari nyeri sedang ke nyeri

ringan sebanyak 7 orang (46,67%) dan dari nyeri berat ke nyeri sedang sebanyak 2 orang (13,33%).

Penelitian yang dilakukan oleh Yusrizal (2012) yang meneliti tentang Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Pasca Apendektomi di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan diketahui bahwa rata-rata tingkat nyeri sebelum di berikan teknik relaksasi nafas dalam adalah 5,90 dengan standar deviasi 0,994. Sedangkan rata-rata tingkat nyeri setelah di berikan teknik relaksasi nafas dalam adalah 2,40 dengan standar deviasi 1,174. Hasil uji statistik menggunakan uji paired t test didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah di berikan teknik relaksasi nafas dalam sebesar 3,50 skala.

Menurut penelitian Satriyo Agung (2013) mengenai pengaruh signifikan pada pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum tingkat nyeri yang dirasakan responden sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam adalah skala 6 atau nyeri sedang dan setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam menjadi skala 3 atau nyeri ringan. Dari hasil analisa bivariat diperoleh nilai z hitung sebesar 4,830 dengan angka signifikan (p) 0,000. Berdasarkan hasil tersebut diketahui z hitung ($4,830 > z$ tabel (1,96) dan angka signifikan (p) $< 0,05$ sehingga ada pengaruh signifikan pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

RSUD Sekarwangi merupakan Rumah Sakit pemerintah daerah dengan

tipe B di Kabupaten Sukabumi, dan menjadi Rumah Sakit sentral rujukan yang memiliki visi pada tahun 2015 menjadi Rumah Sakit Terbaik, Pilihan, Mandiri dan kebanggaan Masyarakat. sedangkan salah satu misinya adalah memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman dan terjangkau. Salah satu bentuk pelayanan kesehatannya adalah pelayanan keperawatan dalam berbagai kasus operasi atau pembedahan. Jumlah pasien operasi berdasarkan 5 pembedahan terbanyak yang didapatkan berdasarkan catatan keperawatan melalui data sekunder diruang bedah sentral.

Lima pembedahan terbanyak selama 3 bulan terakhir, pembedahan terbanyak adalah Soft Tissue Tumor (STT) dengan jumlah pasien sebanyak 72 orang dengan rata-rata perbulan 24 orang. Kemudian jenis pembedahan yang paling sedikit adalah To Mammae dengan jumlah pasien sebanyak 15 orang dengan rata-rata perbulan 5 orang. Pada bulan Oktober sampai Desember 2017 *Appendicitis* merupakan urutan tertinggi kedua setelah *Soft tissue tumor*, *Appendicitis* merupakan kasus terbanyak dari kasus bedah pencernaan lainnya, untuk itu perlunya perhatian khusus pada saat post operasi *Appendicitis* terutama dalam hal meminimalkan intensitas nyeri.

Berdasarkan hasil Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti kepada pasien diruang perawatan bedah Nyi Ageng Serang pada tanggal 20 februari 2018 dari 10 orang pasien Post operasi *Appendictomy* di Ruang perawatan bedah Nyi Ageng Serang RSUD. Sekarwangi Kabupaten Sukabumi, di dapatkan hasil bahwa 1-5 orang Pasien mengalami nyeri berat 1-3 orang pasien mengalami nyeri sedang 1-2 pasien mengalami nyeri

ringan. Sedangkan hasil wawancara peneliti kepada 2 orang perawat di Ruang Perawatan Bedah Nyi Ageng Serang RSUD. Sekarwangi bahwa setelah pasien melakukan pembedahan *Appendictomy* dan masuk ke ruang perawatan, peran perawat ruangan pertama kali mengkaji kesadaran pasien dan melakukan Perawatan pasca operasi pada pasien post operatif *Appendictomy* perawat melakukan perawatan luka setiap hari, rata-rata lama rawat pasien post operatif *Appendictomy* di RSUD. Sekarwangi 3 hari. Pelaksanaan manajemen nyeri non farmakologi di lapangan belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat dalam mengatasi nyeri.

RSUD Sekarwangi merupakan Rumah Sakit pemerintah daerah di Kabupaten Sukabumi, dan menjadi Rumah Sakit sentral rujukan dan jumlah pasien rawat inap yang terlalu banyak, rata-rata pasien 100-120 perbulan sehingga membuat perawat sibuk dalam menjalankan pekerjaannya tersebut, Perawat hanya menjalankan terapi yang sudah diatur oleh dokter sehingga manajemen non farmakologi dalam mengatasi nyeri belum dilakukan dengan maksimal. Kebanyakan perawat melaksanakan program terapi hasil dari kolaborasi dengan dokter untuk menghilangkan atau meringankan nyeri pada pasien. karena perawat hanya melaksanakan intruksi dokter berupa pemberian analgetik.

B. METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *experiment research*. *Experiment Research* adalah suatu penelitian dengan melakukan kegiatan percobaan (*experiment*), yang bertujuan untuk mengetahui gejala atau pengaruh

yang timbul, sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu (Notoatmodjo, 2012).

Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan sampling aksidental (*Accidental Sampling*) yaitu suatu cara pengambilan sampel berdasarkan kebetulan atau siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dan dapat dijadikan sampel bila dipandang orang yang ditemui tersebut itu cocok sebagai sumber data (Notoatmodjo, 2012).

1. Analisis Univariat

Analisa univariat adalah analisa dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian, dalam analisa ini hanya menggunakan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012).

Analisis univariat dalam penelitian ini adalah nilai median, nilai minimal, nilai maksimal, nilai standar deviasi sebelum dan sesudah pemberian intervensi teknik relaksasi nafas dalam pada kelompok intervensi.

2. Analisis Bivariat

Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa analisa bivariat adalah analisa yang dilakukan terhadap 2 variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi.

a. Uji Wilcoxon

Uji Wilcoxon digunakan untuk menganalisis hasil-hasil pengamatan yang berpasangan dari dua data apakah berbeda atau tidak. Wilcoxon signed rank test ini digunakan hanya untuk skala interval dan ratio, namun datanya tidak mengikuti distribusi normal.

$$Z = \frac{T - \frac{N(N-1)}{4}}{\sqrt{\frac{N-(N+1)(2N+1)}{24}}}$$

Keterangan :

N = Jumlah data yang berubah setelah diberi perlakuan berbeda

T = Jumlah ranking dari nilai selisih yang negative (apabila banyaknya selisih positif lebih banyak dari selisih negative)

Z = Jumlah ranking dari nilai selisih yang positif (apabila banyaknya selisih negative > banyaknya selisih yang positif).

Hasil uji Wilcoxon pada kelompok intervensi didapatkan nilai *p-value* 0,000 yang berarti < 0,05 yang berarti H_0 ditolak sehingga dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan relaksasi nafas dalam pada kelompok Intervensi.

C. HASIL PENELITIAN

hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilaksanakan selama pengambilan data yang dilakukan pada tanggal 23 Mei 2018 sampaidengan 22 juni 2018 dengansampel 17 yang bertahansampaiakhirpenelitian. Adapun penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Appendectomy di Ruan Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi.

1. Analisa Univariat

Penyajian data diawali dengan hasil analisa univariat terhadap karakteristik responden yang meliputi Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Pengalaman Operasi Status Pernikahan, pekerjaan. Sedangkan hasil analisa bivariat terhadap skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam. Hasil analisa univariat berupa data yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

D. PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian ini dimaksudkan untuk memberikan penjelasan terhadap hasil penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif *Appendectomy* menunjukkan adanya beberapa karakteristik pada pasien Post Operatif *Appendectomy* yang dilakukan intervensi, karakteristik yang dimaksud meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman operasi, status pernikahan, dan pekerjaan. Selain itu terdapat beberapa ulasan mengenai relaksasi nafas dalam sebelum dan sesudah dilakukan pada pasien Post Operatif *Appendectomy*.

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa Hasil penelitian menunjukkan skala nyeri Post Operatif *Appendectomy* sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam atau pre-test dari 17 responden nilai median sebesar 5.00 Nyeri tersebut menurut solehati (2015) Setiap prosedur pembedahan termasuk tindakan *Appendectomy* akan mengakibatkan terputusnya jaringan (luka). Dengan adanya luka tersebut, akan merangsang nyeri yang disebabkan jaringan luka yang mengeluarkan prostaglandin dan leukotriens yang merangsang susunan saraf pusat, serta adanya plasma darah yang akan mengeluarkan plasma extravasion sehingga terjadi edema dan mengeluarkan bradikinin yang merangsang susunan saraf pusat, kemudian diteruskan ke spinal cord untuk mengeluarkan impuls nyeri, nyeri akan menimbulkan berbagai masalah fisik maupun psikologis. Masalah-masalah tersebut saling berkaitan, apabila masalah-masalah tersebut tidak segera diatasi akan menimbulkan masalah yang kompleks.

Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau

bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis (Hidayat, 2009).

Selanjutnya, stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut sferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (dorsal root) serta sinaps pada dorsal horn. dorsal horn terdiri atas beberapa lapisan atau laminae yang saling bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga terbentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls.

Kemudian impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur *spinothalamus* dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri

atas jalur spinal desendens dari thalamus yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem suprasif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopioid merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap nolozone yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Hidayat, 2009).

Stimulus nyeri, yaitu Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor, Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri, Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri, Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat, Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik. Faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks, diantaranya: Faktor sumbatan, Faktor obstruksi merupakan faktor terpenting terjadinya *appendicitis* (90%) yang diikuti oleh infeksi. Sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfoid sub mukosa, 35% karena stasis fekal 4% karena benda asing dan sebab lainnya 1% diantaranya sumbatan oleh parasit dan cacing. Obstruksi yang disebabkan oleh fekalith dapat ditemui pada bermacam-macam *Appendicitis* akut diantaranya: fekalith ditemukan 40% pada kasus *Appendicitis* kasus sederhana, 65% pada kasus *Appendicitis* akut gangrenosa tanpa ruptur dan 90% pada kasus *Appendicitis* akut dengan ruptur. Faktor Bakteri, Infeksi enterogen merupakan

faktor pathogenesis primer pada *Appendicitis* akut.

Adanya fekalith dalam lumen apendiks yang telah terinfeksi memperburuk dan memperberat infeksi, karena terjadi peningkatan stagnasi feses dalam lumen apendiks, pada kultur didapatkan terbanyak ditemukan adalah kombinasi antara *Bacteriodes fragilis* dan *E.coli*, lalu *Splanchicus*, *lacto-bacilus*, *Pseudomonas*, *Bacteriodes splanicus*. Sedangkan kuman yang menyebabkan perforasi adalah kuman anaerob sebesar 96 % dan anaerob lebih dari 10%.

Kecenderungan familial, Hal ini dihubungkan dengan terdapatnya malformasi yang hereditas dari organ, apendiks yang terlalu panjang, vaskularisasi yang tidak baik dan letaknya yang mudah keluarga terutama dengan diet rendah serat dapat memudahkan terjadinya fekalith dan mengakibatkan obstruksi lumen. Faktor Ras dan Diet, Faktor ras berhubungan dengan kebiasaan dan pola makanan sehari-hari. Bangsa kulit putih yang dulunya pola makannya banyak serat. Namun saat sekarang, kejadiannya terbalik. Bangsa kulit putih telah merubah pola makan mereka ke pola makan tinggi serat. Justru Negara berkembang yang dulunya memiliki tinggi serat kini beralih ke pola makan rendah serat, memiliki resiko *Appendicitis* yang lebih tinggi. Faktor infeksi saluran pernafasan, Setelah mendapat penyakit saluran pernafasan akut terutama epidemic influenza dan pneumonitis, jumlah kasus *Appendicitis* ini meningkat. Tapi terus hati-hati karena penyakit infeksi saluran pernafasan dapat menimbulkan seperti gejala permulaan *Appendicitis*.

Hasil penelitian menunjukkan skala nyeri setelah dilakukan relaksasi nafas dalam atau *post – test* dari 17 responden didapatkan nilai median sebesar 3.00. hal

tersebut menunjukkan bahwa adanya perubahan antara sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam dan setelah dilakukan relaksasi nafas dalam.

Sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam semua responden mengalami nyeri sedang hingga ringan. Pada responden yang telah melakukan Post Operasi Appendectomy. Setelah dilakukan relaksasi nafas dalam berkurang menjadi 3.00 dengan skala nyeri ada yang menurun dari sedang menjadi ringan, nyeri tersebut bersifat subjektif serta mempunyai manifestasi unik bagi masing-masing individu.

Relaksasi nafas dalam dilakukan pada 17 pasien post operatif appendectomy di ruang nyi ageng serang RSUD Sekarwangi. Waktu dilakukan perlakuan ini dilakukan pada tanggal 23 mei sampai 22 juni 2018 sebelum melakukan relaksasi peneliti terlebih dahulu datang ke ruangan untuk menanyakan ada atau tidak pasien yang rencana operasi Appendectomy setelah itu hari berikutnya datang kembali untuk mengkaji pasien yang berencana operasi Appendectomy. Setelah hari ke 1 pasien menjalani post operatif Appendectomy setelah itu dilakukan relaksasi nafas dalam setelah 6-7 jam sebelum dilakukan pemberian analgetik selanjutnya lalu dilakukan relaksasi nafas dalam sebelum pemberian analgetik selanjutnya, relaksasi nafas dalam dilakukan 3 kali setiap 15 menit. Relaksasi nafas dalam ini diberikan perlakuannya sama baik laki-laki mau pun perempuan.

Nilai p-value pada uji Wilcoxon didapatkan $p= 0.000$ Maka p-value berarti $< 0,05$ yang berarti H_0 ditolak sehingga dengan kata lain dapat dinyatakan bahwa ada Pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi appendectomy di Ruang Nyi ageng serang RSUD Sekarwangi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi sebelum relaksasi nafas dalam dilakukan pengkajian skala nyeri terlebih dahulu setelah skala nyeri sebelum relaksasi nafas dalam didapatkan lalu dilakukan kembali mengukur skala nyeri setelah dilakukan relaksasi nafas dalam menggunakan skala nyeri NRS (*Numeric Rating Scale*) dan lembar observasi. Skala nyeri responden dari nyeri berat hingga nyeri sedang dari nyeri sedang kenyeri ringan.

E. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Appendectomy di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Rata-rata Tingkat nyeri post operatif Appendectomy responden sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam keluhan nyeri post operatif Appendectomy sebesar 5.00
2. Rata-rata Tingkat nyeri post operatif Appendectomy responden sesudah dilakukan relaksasi nafas dalam keluhan nyeri post operatif Appendectomy 3.00
3. Terdapat Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Appendectomy di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi dengan p-value 0,000 maka $< 0,05$ yang berarti Tolak H_0 .

a. SARAN

1. RSUD Sekarwangi

Mengingat betapa pentingnya Terapi non farmakologis Diharapkan perawat ruang bedah nyiagen gserang RSUD Sekarwangi dapat mengajarkan terapi nonfarmakologis dengan baik

dan benar sesuai Satuan Operasional
Prosedur (SOP) relaksasi nafas dalam,
dalam menangani pasien post operatif
appendectomy.

2. Peneliti Selanjutnya.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan
sebagai pedoman untuk
menyempurnakan dan
mengembangkan penelitian
selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardian, DKK . *Penyakit hati, lambung, usus, dan ambeien* Yogyakarta : Nuha Medika, 2013.
- Andarmoyo. *Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Postoperasi Appendectomy*. Karanganyar, 2013.
- Arfa. *Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Haid (Dismenore)*, Nursing news volume 3, nomor 1 : Malang, 2013.
- Arikunto, Suharsimi. *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta 2013.
- Arief, mansjoer. *Kapita Selekta Kedokteran, edisi 4*, Jakarta :Media Aesculapius, 2010.
- Kozier, DKK. *Buku Ajar Fundamental keperawatan: konsep, proses & praktik* volume 2 edisi 7 Jakarta: EGC, 2010
- Brunner& suddarth . *Keperawatan medical bedah* edisi 12 . Jakarta : salemba medika, 2013.
- Dempsey, A,D dan Demsey P.A. *Riset Keperawatan Buku Ajar & Latihan edisi 4*, Jakarta : EGC, 2008.
- Digiulio, M, Jackson, D dan Keogh, J. *Keperawatan Medikal Bedah Demystified* edisi 1. Alih bahasa khundazi Aulawi. Yogyakarta : Raph Publishing, 2014.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat *Profil Kesehatan Jawa Barat*, 2013.
- Ellizabeth. *Penurunan Tingkat Nyeri Pasien Post Op Appendicitis*, lamongan, 2008.
- Gannong. *Penurunan Tingkat Nyeri Pasien Post Op Appendicitis*, lamongan, 2008.
- Hidayat, Alimul Aziz. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika, 2008.
- Hidayat, A.Aziz Alimul. *Pengantar kebutuhan manusia: Aplikasi konsep dan keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika, 2009.
- Hidayat , A.Aziz Alimul. *Buku saku prosedur keterampilan dasar praktik klinik (KDPK)*Surabaya : Health Book Publishing, 2011.
- <http://www.kapukonline.com/2011/10/osca-perawatlatihannafasdalam.html?m-1> Diakses pada tanggal 21 mei 2018
- Lubis. *Hubungan Antara nyeri, kecemasan dan lingkungan dengan kualitas tidur pada pasien appendicitis*. Riau, 2008.
- Lusianah, ery dwi I, Suratun. *Prosedur Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media, 2012.
- Intalasi Bedah Sentral RSUD. *Sekarwangi, Laporan operasi Appendectomy tahun, 2017*.
- Kemenkes, *Pembangunan Kesehatan* Jakarta : Kementrian Kesehatan, 2015.
- Lusianah, DKK. *Prosedur Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media, 2012.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, 2012.
- Nanda Nic-Noc. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis* Jogjakarta: MediAction, 2015.
- Nursalam. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Ed. 4. Jakarta: Salemba Medika, 2016.

- Rekam Medis RSUD. Sekarwangi. *Laporan operasi Appendectomy 1 Tahun Terakhir*. RSUD. Sekarwangi, 2017.
- Satrio, stefanus. *Penurunan Tingkat Nyeri Pasien Post Op Appendicitis*, lamongan, 2009.
- Agung, satrio. *Pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi umum*, Surakarta, 2013.
- Solehati, tetti dan cecep eli kosasih. *Konsep dan aplikasi relaksasi dalam keperawatan maternitas*, Bandung : PT. Refika Aditama, 2015.
- Siti , Syahriyani. *Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomy*. Makassar, 2010.
- Sujarweni, Wiratna. *Metodologi Penelitian Keperawatan: Lengkap, Praktis, dan Mudah Dipahami*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2014.
- Tamher , S . dan heryati. *Patologi Untuk mahasiswa keperawatan*, Jakarta : Trans info media, 2008.
- Trullyen, vista. *Pengaruh Relaksasi Nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post-operasi Sectio Caesarea*, Gorontalo, 2013.
- Yusrizal, *Pengaruh Relaksasi Nafas dalam terhadap penurunan skala nyeri pasien pasca appendectomy*. Painan, 2012.

LEMBAR REVISI UJIAN AKHIR

KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Marini Aprilia

NIM : AKX.17.045

Nama Penguji I : Tuti Suprapti, S.Kp, M. Kep

NO	TANGGAL	BAB	SARAN & PERTIMBANGAN PENGUJI	TANDA TANGAN
1	05-08-2020	Cover	<ul style="list-style-type: none">• Bagian Universitas di ubah jangan ditulis huruf kapital semua	
		Kata Pengantar	<ul style="list-style-type: none">• Bagian yayasan Adhiguna di benarkan	
		BAB II	<ul style="list-style-type: none">• 2.1.2 Anatomi : Delete saja dari bagian hati dan seterusnya• 2.1.6 Patofisiologi : Di ubah menjadi Patofisiologi Laparatomi	
		BAB III	<ul style="list-style-type: none">• 3.3 Partisipan : Dikurangi saja	
		BAB V	<ul style="list-style-type: none">• Saran : Diubah dibagian untuk Institusi Rumah Sakit	

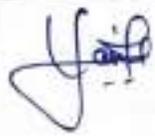
LEMBAR REVISI UJIAN AKHIR

KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Marini Aprilia

NIM : AKX.17.045

Nama Penguji 2 : Yani Marlina, S.Kep., Ners

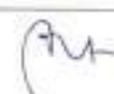
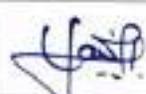
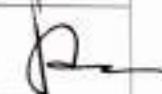
NO	TANGGAL	BAB	SARAN & PERTIMBANGAN PENGUJI	TANDA TANGAN
1	05-08-2020	BAB II	<ul style="list-style-type: none">• 2.2 Konsep Nyeri : Tambahkan efek Teknik Relaksasi Nafas Dalam• 2.2.4 Klasifikasi Nyeri : Tambahkan Sumber	

**BERITA ACARA PERBAIKAN HASIL SIDANG
AKHIR KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

Nama	Marini Aprilia
NIM	AKX.17.045
Program Studi	Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik
Judul Karya Tulis Ilmiah	Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

Telah melakukan perbaikan hasil sidang akhir sesuai dengan masukan dari para penelaah baik penguji ataupun pembimbing. Demikian berita acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagai syarat melanjutkan penyusunan laporan akhir Karya Tulis Ilmiah.

Nama	Tanggal	Tanda tangan
PENGUJI I Tuti Suprpti, S.Kp, M. Kep	05/20 /10	
PENGUJI II Yani Marlina, S.Kep., Ners	05/20 /10	
PEMBIMBING I Ade Tika H,S.kep.,Ners., M.Kep	30/20 /09	
PEMBIMBING II Drs. Rachwan Herawan, BScAn., M.Kes	30/20 /09	

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Marini Aprilia

NPM : AKX.17.045

Fakultas : Keperawatan

Prodi : Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul :
Asuhan Keperawatan Pada klien Post operasi Laparotomi Eksplorasi a. i.
Apendisitis Akut Dengan Masalah keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati
4 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

Bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarism, saya *bersedia menerima sanksi* sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 30 September 2020
Yang membuat pernyataan,



Pembimbing I

A handwritten signature in black ink.

Ade Tika H,S,kep.,Ners., M.Kep

Pembimbing II

A handwritten signature in black ink.

Drs. Rachwan Herawan, BScAn., M.Kes

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Marini Aprilia
Tempat dan Tanggal Lahir : Blambangan Umpu, 17 April 1999
Agama : Islam
Alamat : Way Kanan, Lampung

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2005 - 2011 : SDN 1 Negeri Baru
2. Tahun 2011 - 2014 : SMPN 1 Blambangan Umpu
3. Tahun 2014 - 2017 : SMAN 1 Blambangan Umpu
4. Tahun 2017 - 2020 : Prodi D-III Keperawatan Konsentrasi
Anestesi dan Gawat Darurat Medik
Universitas Bhakti Kencana Bandung