

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN PASCA OPERASI LAPARATOMI APPENDICITIS (Di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

by ITSKes ICMe Jombang

Submission date: 07-Sep-2025 02:14AM (UTC+0900)

Submission ID: 2718862016

File name: ADE_FAIZ_AHMADI.docx (657.38K)

Word count: 14786

Character count: 99312

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA
PASIEN PASCA OPERASI LAPARATOMI APPENDICITIS**

(Di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)



**OLEH:
ADE FAIZ AHMADI
246410001**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

² Kebiasaan Masyarakat yang kurang serat (diet rendah serat) akan menghalangi fungsi usus buntu dan meningkatkan perkembangan kuman yang menyebabkan radang usus buntu (Supratiwi *et al.*, 2024). *Appendicitis* merupakan kondisi medis yang disebabkan oleh obstruksi pada lumen apendiks, yang mengakibatkan peradangan pada organ tersebut (Hastuti, 2024). Banyaknya kasus ini memerlukan pembedahan darurat yang disebut laparotomi, dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi yang terkait dengan sekum dari area berlubang yang dikelilingi oleh jaringan nekrotik (Ik Ananda, 2024). Pasien yang menjalani prosedur laparotomi setelahnya pasien akan mengalami nyeri akut *pasca* operasi, yang merupakan respons fisiologis tubuh terhadap trauma pembedahan. Nyeri ini dapat memengaruhi proses pemulihan, menurunkan kualitas hidup pasien, serta menghambat mobilisasi dan fungsi pernapasan jika tidak ditangani dengan baik. Oleh karena itu, solusi dalam penanganan nyeri akut *pasca* operasi umumnya melibatkan kombinasi terapi farmakologis dan non farmakologis untuk mengurangi rasa sakit dan mempercepat pemulihan (Sulthana, 2023).

⁶⁴ Data yang dirilis oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2023, terdapat 200.000 kasus apendisitis di ASEAN setiap tahunnya. Di antara kegawatdaruratan abdomen lainnya, kasus apendisitis menempati urutan kedua di Indonesia dari 193 negara. Tahun 2022, terdapat 115.602 kasus apendisitis (Miladina Zahra, 2023). Hasil studi kasus peneliti terdahulu mengatakan bahwa pasien *pasca* operasi laparascopi apendiktomi hari pertama pasien mengeluhkan

jika nyeri operasi di bagian perut kanan bawah, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot.



pasien terlihat meringis dan menahan sakit (Purwanti *et al.*, 2025). Berdasarkan data di ruang Bima RSUD Jombang yang di ambil dari Laporan Praktik Manajemen Keperawatan ITSkes ICME Jombang pada bulan Agustus 2024 terdapat 17 pasien, pada bulan September 2024 terdapat 20 pasien, pada bulan Oktober 2024 terdapat 19 pasien post operasi laparatomi dengan presentase ke 2 terbanyak dalam 10 penyakit. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis di Ruang Bima RSUD Jombang pada Februari 2025 kasus laparatomi sebanyak 29 kasus (15%), sedangkan kasus *apendisitis* sebanyak 18 kasus (10%)

Appendicitis disebabkan oleh obstruksi pada lumen apendiks (Taufiq El-Haque & Ismayanti, 2022). Penyumbatan ini dapat terjadi akibat fekalit (massa tinja keras), pembesaran jaringan limfoid, infeksi, atau benda asing yang menyumbat pada saluran apendik dan akibat obstruksi tersebut akan menjadi penumpukan lendir dan bakteri yang memicu inflamasi local (Chowdegowda *et al.*, 2020). Jika tidak segera ditangani, peradangan dapat berkembang menjadi nekrosis, perforasi apendiks, hingga peritonitis (Aslam *et al.*, 2023). Kondisi ini membutuhkan tindakan bedah darurat berupa laparotomi, yaitu prosedur pembedahan terbuka untuk mengangkat apendiks yang terinfeksi dan membersihkan jaringan sekitarnya. Setelah menjalani laparotomi, pasien umumnya mengalami nyeri akut pascaoperasi (Koshevsky *et al.*, 2022). Respon pasien terhadap nyeri yang dialami juga berbeda-beda dan dapat menunjukkan perilaku seperti berteriak, meringis dan mengerang, menangis, mengerutkan wajah atau menyeringai dan respon emosi. Nyeri akut pasca operasi laparatomi dapat disebabkan pada luka operasi (Saputri, 2023).

Berdasarkan hasil dari penulis saat melakukan praktik keperawatan medikal bedah di ruang Bima RSUD Jombang bahwa peneliti memberikan solusi kepada

pasien dengan mengintervensi keperawatan pada pasien pasca operasi laparotomi dengan masalah nyeri akut dan mengambil intervensi keperawatan di buku SIKI di antaranya identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetic, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya: hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu pencahayaan, kebisingan) ruangan, fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgesik secara tepat, ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien pasca operasi laparotomi *appendicitis* di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Dacrah Jombang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien pasca operasi laparatomi *appendicitis* di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan pengkajian asuhan keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien pasca operasi laparatomi *appendicitis* di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
2. Menggambarkan diagnosa keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien pasca operasi laparatomi *appendicitis* di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
3. Menggambarkan rencana keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien pasca operasi laparatomi *appendicitis* di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
4. Menggambarkan tindakan keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien pasca operasi laparatomi *appendicitis* di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
5. Menggambarkan evaluasi keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien pasca operasi laparatomi *appendicitis* di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

³⁵ 1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian karya ilmiah ini diharapkan dapat memberikan tambahan wawasan dan informasi dalam bidang keperawatan medikal bedah terutama pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis.

¹⁴ 1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian karya ilmiah ini diharapkan memberikan kontribusi dalam peningkatan kualitas layanan keperawatan medikal bedah serta keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami ¹¹*post* operasi laparatomi apendisitis.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Appendicitis*

2.1.1 Definisi *Appendicitis*

Appendicitis, yang lebih dikenal sebagai usus buntu, terjadi ketika apendiks vermiformis mengalami peradangan. Gejala umum yang dirasakan penderita meliputi nyeri perut di sekitar pusar, mual, muntah, dan nyeri yang berpindah ke bagian kanan bawah perut. Pemeriksaan fisik dapat menunjukkan nyeri tekan di area panggul sebelah kanan saat dilakukan pemeriksaan melalui anus. *Appendicitis*, atau peradangan pada usus buntu, disebabkan oleh infeksi. Kondisi ini membutuhkan penanganan bedah segera untuk menghindari komplikasi serius dan mencegah peradangan yang semakin parah (Anharuddin, 2023).

Apendisititis peradangan pada apendiks vermiformis, merupakan penyebab paling umum dari nyeri perut mendadak. Penyakit ini lebih sering terjadi pada pria berusia 10 hingga 30 tahun, tetapi dapat menyerang siapa saja, termasuk wanita, di semua rentang usia (Rahmawati, 2024).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *apendisitis* adalah suatu peradangan pada apendiks vermiformis yang disebabkan oleh kurang efisiennya mekanisme pengosongan apendiks. Hal ini mengakibatkan nyeri di bagian bawah perut, yang lebih sering terjadi pada pria tetapi juga dapat terjadi pada wanita dan anak-anak di semua kelompok umur (Mariati *et al.*, 2022).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Korten (2020), *Appendicitis* diklasifikasikan menjadi 3 yaitu:

1. Apendisitis akut

Bakteri merupakan sumber apendisitis akut. Selain itu, penyumbatan lumen usus buntu merupakan pemicunya. Selain itu, parasit (*histolytica*) dapat menyebabkan penyumbatan dan erosi mukosa usus buntu melalui hiperplasia jaringan limfatik, fokalit (feses/batu), tumor usus buntu, dan cacing ascaris. Apendisitis akut ditandai dengan nyeri visceral di daerah epigastrium sekitar umbilikus yang bersifat tumpul dan samar-samar. Dalam beberapa jam, rasa tidak nyaman tersebut akan menjalar ke titik *Mc. Burney*, dan keluhan ini sering kali disertai dengan mual, muntah, dan kehilangan nafsu makan secara umum. Nyeri somatik lokal dikenali dari lokasi nyeri yang lebih tajam dan jelas.

a. *Appendicitis* akut sederhana

Proses peradangan yang disebabkan oleh obstruksi hanya mempengaruhi mukosa dan submukosa. Sekresi mukosa menumpuk di lumen apendiks, dan tekanan di dalam lumen meningkat, mengganggu aliran limfatik dan menyebabkan mukosa menebal, membengkak, dan memerah. Nyeri pusar, mual, muntah, anoreksia, malaise, dan demam rendah merupakan gejala awal.

b. *Appendicitis* akut purulenta (*suppurative appendicitis*)

Aliran vena di dinding apendiks terhambat oleh tekanan lumen yang terus meningkat, yang disertai dengan edema dan mengakibatkan trombosis. Kondisi ini memperburuk iskemia dan edema apendiks. Serosa menjadi kusam karena lapisan fibrin dan eksudat yang disebabkan oleh

mikroorganisme di usus besar yang menyerang dinding apendiks dan menyebabkan peradangan serosa. Ada eksudat fibrinopurulen di lumen, dan apendiks dan mesoapendiks membengkak dan menjadi hiperemis. ditandai dengan stimulasi peritoneum lokal, termasuk nyeri selama gerakan aktif dan pasif, defans otot, nyeri pantul di titik *Mc. Burney*, dan nyeri. Tanda-tanda peritonitis umum mungkin ada bersamaan dengan nyeri perut dan defans otot.

⁵¹ c. *Appendicitis Akut Gangrenosa*

Karena tekanan lumen terus meningkat, aliran darah arteri mulai terganggu, yang menyebabkan gangren dan infark. Beberapa area apendiks mengalami gangren selain gejala supuratif. Dinding apendiks berwarna merah kehitaman, hijau keabu-abuan, atau ungu. Terdapat mikroperforasi dan peningkatan cairan peritoneum purulent pada kasus apendisitis gangrene akut.

2. *Appendicitis Rekuren*

Riwayat ketidaknyamanan berulang di perut kanan bawah yang menyebabkan operasi usus buntu dikenal sebagai radang usus buntu berulang. Ketika episode akut awal radang usus buntu sembuh dengan sendirinya, kondisi ini berkembang. Namun, karena fibrosis dan jaringan parut, ³⁸ usus buntu tidak pernah kembali ke bentuk semula.

3. *Appendicitis Kronis*

³ Riwayat nyeri perut kanan bawah yang berlangsung lebih dari dua minggu, serta peradangan apendiks yang persisten secara makroskopis dan mikroskopis (fibrosis lengkap pada dinding apendiks, penyumbatan sebagian atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama pada mukosa,

dan infiltrasi sel inflamasi kronis), semuanya merupakan tanda-tanda radang usus buntu kronis. Keluhan juga hilang setelah apendektomi (Susmiyanti, 2024)..

2.1.3 Etiologi

Menurut Pralmono (2021) dalam penelitian Halisyah, (2023) etiologi apendisitis yaitu sebagai berikut:

1. Penyebab paling umum dari apendisitis adalah adanya keratal, atau butiran, yang masuk ke dalam usus buntu dan tidak dapat digerakkan. Pembentukan benjolan di usus besar setelah kontaminasi isinya dapat memperburuk nyeri perut.
2. Lubang penghubung antara usus buntu dan sekum kemudian tertutup saat lendir dan feses memadat menjadi bola (*fekali*).
3. Selain tumor usus buntu, kalsifikasi usus besar, dan jaringan limfatik hiperplastik, penyumbatan lumen usus buntu dianggap sebagai faktor pemicu.
4. Variabel risiko rendah dan menengah terlibat dalam dampak konstipasi terhadap perkembangan radang usus buntu, menurut penelitian epidemiologi. Daerah intrasekal yang menyebabkan obstruksi intasekal, tertarik pada konstipasi alkalin, yang mendorong pertumbuhan flora usus besar.
5. Gaya hidup yang buruk dan kurangnya makanan berserat tinggi dapat menyumbat saluran ginjal, yang menyebabkan apendisitis.

2.1.4 Patofisiologi

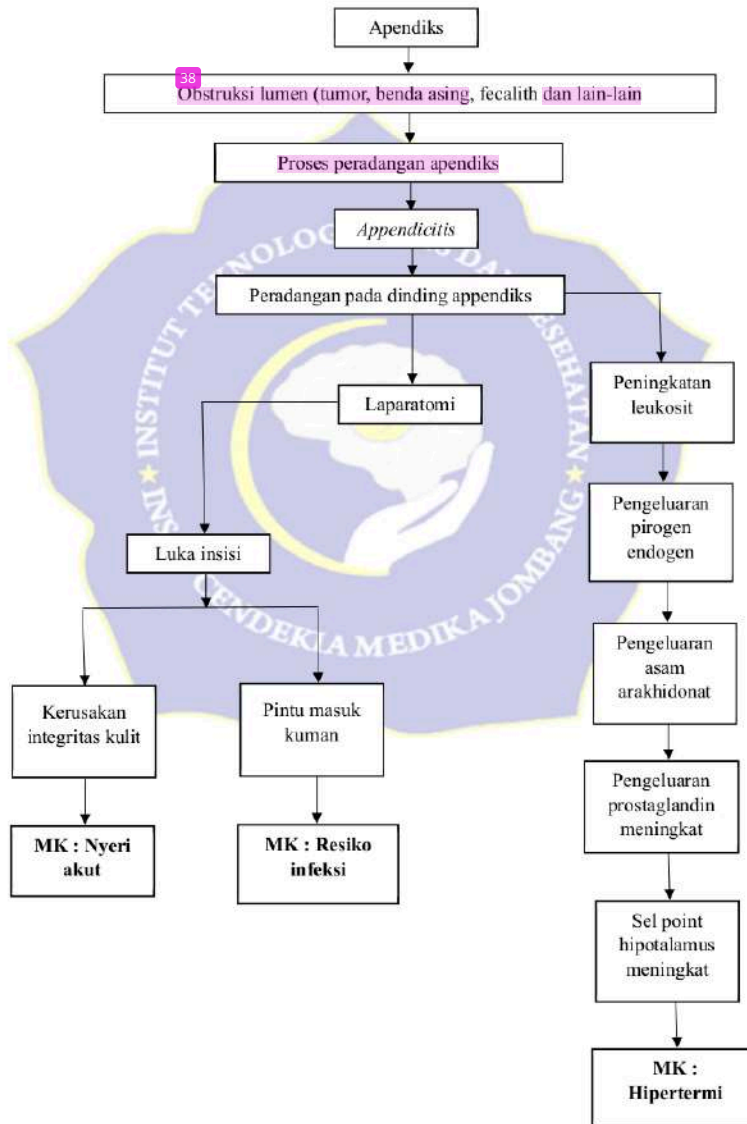
Patofisiologi *appendicitis* kemungkinan berasal dari obstruksi lubang apendiks. Etiologi obstruksi mungkin berbeda pada kelompok usia yang berbeda. Sementara hiperplasia limfoid sangat penting, hal ini menyebabkan peradangan, iskemia lokal, perforasi, dan perkembangan abses atau perforasi yang nyata

dengan peritonitis yang dihasilkan. Obstruksi ini dapat disebabkan oleh hiperplasia limfoid, infeksi (parasit), fekalit, atau tumor jinak atau ganas. Ketika obstruksi adalah penyebab apendisitis, hal itu menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal dan intramural, mengakibatkan oklusi pembuluh darah kecil dan stasis limfatik. Sekali tersumbat, apendiks berisi mukus dan menjadi buncit, dan seiring dengan kemajuan limfatik dan vaskular, dinding apendiks menjadi iskemik dan nekrotik. Pertumbuhan berlebih bakteri kemudian terjadi pada apendiks yang terhambat, dengan organisme aerob mendominasi pada apendisitis awal dan campuran aerob dan anaerob di kemudian hari. Organisme umum meliputi *Escherichia coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, dan *Pseudomonas*. Setelah terjadi peradangan dan nekrosis yang signifikan, apendiks berisiko mengalami perforasi, menyebabkan abses lokal dan kadang-kadang peritonitis. ¹⁹ Posisi apendiks yang paling umum adalah retrocecal. Sementara posisi anatomi akar usus buntu sebagian besar konstan, posisi ekor dapat bervariasi. Posisi yang memungkinkan termasuk retrocecal, subcecal, pra-dan pascaileal, dan panggul (De La Cruz Vallejo, 2023).

³ *Appendicitis* kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa apendisitis berhubungan dengan asupan makanan yang rendah serat. Pada stadium awal apendisitis, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan peritoneal. Cairan eksudat fibrinopurulen terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan. Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai apendiks menjadi

bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses local akan terjadi (Susmiyanti, 2024).

2.1.5 Pathway



Gambar 2.1 *Pathway Appendicitis*
Sumber: Susmiyanti (2024)

2.1.6 Tanda dan Gejala

Menurut Wedjo Mangngi (2019) dalam penelitian Halisyah (2023) ⁴⁴ **tanda dan gejala** apendisitis yaitu :

1. Nyeri terasa pada abdomen kuadran bawah
2. Demam ringan
3. Mual, muntah ¹⁹ dan nafsu makan menghilang.
4. Nyeri tekan lokal pada perut kanan bawah bila dilakukan tekanan
5. Konstipasi

2.1.7 Manifestasi Klinik

Menurut Mu'minina (2023) gejala-gejala pertama dari apendisitis yaitu :

1. Nyeri yang di ikuti muntah yang terjadi selama kurang lebih 1 - 2 hari.
2. Nyeri dapat berpindah selama beberapa hari.
3. Rangsangan nyeri ⁶³ peritoneum tidak langsung.
4. Nyeri tekan pada kuadran kanan bawah dan kiri bawah
5. Nafsu makan menurun
6. Hipertermia
7. Konstipasi
8. Diare.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Eko (2018) dalam penelitian Halisyah (2023), pemeriksaan penunjang apendiksitis meliputi sebagai berikut :

1. Pemeriksaan fisik

- a. Inspeksi: akan terlihat ada pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
 - b. Palpasi: terdapat nyeri tekan lepas didaerah perut kanan bawah yang merupakan manifestasi klinis dari diagnosa *apendicitis* ¹akut.
 - c. Dengan tindakan tungkai bawah kanan dan paha diteku kuat/tungkai di angkat tinggi- tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (*proas sign*).
 - d. Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
 - e. Suhu dubur yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
2. Pemeriksaan Laboratorium
- a. SDP: Leukositosis diatas 12.000/mm³, Neutrofil meningkat sampai 75%
 - b. Urinalisis: Normal, tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada.
 - c. Foto abdomen: Dapat menyatakan adanya pergeseran, material apendiks (fekalit), ileus terlokalisir Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga 10.000- 18.000/mm³. Jika peningkatan lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).
3. Pemeriksaan Radiologi
- a. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit.
 - b. Ultrasonografi (USG)
 - c. CT Scan
 - d. Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

2.1.9 Komplikasi

Adapun jenis komplikasi menurut Albert (2016) dalam penelitian Saputri (2023):

1. Abses Abses yaitu pus yang ada pada apendiks yang teraba lunak pada daerah pelvis maupun pada kuadran kanan bawah.
2. Perforasi Perforasi yaitu pus pada apendiks yang pecah sehingga pada rongga perut tersebar bakteri. Pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut.
3. Peritonitis Peritonitis yaitu peradangan peritoneum, yang berbahaya terjadi dalam bentuk akut maupun kronis, ditandai dengan rasa nyeri perut, muntah dan demam

2.1.10 Penatalaksanaan

Menurut Ariani (2020) dalam penelitian Lutfiatul Rohimah (2023) penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan keperawatan pada klien apendicitis yaitu:

1. Penatalaksanaan Medis

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

2. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Tatalaksana apendisitis pada kebanyakan kasus adalah apendiktomi. Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi. Teknik laparoskopi sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoskopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada pasien dengan akut abdomen, terutama pada wanita.
- b. Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal.
- c. Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur Intra Vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.

52 2.2 Konsep Laparatomi

2.2.1 Definisi

Laparotomi adalah salah satu perawatan bedah yang biasanya dilakukan pada usus bagian bawah. Laparatomi adalah pembedahan perut, membuka selaput perut dengan operasi. Laparatomi adalah salah satu teknik bedah utama, yang

melibatkan palpasi lapisan dinding abdomen untuk mengidentifikasi organ yang terkena (obstruksi, kalsifikasi, perdarahan, dan perforasi). Apendisitis, perforasi, hernia inguinalis, kalkulus lambung, kalkulus kolon, ²rektum, penyumbatan usus, peradangan usus kronis, kolesistitis, dan peritonitis termasuk di antara kalkulus yang dipalpasi selama laparotomy (Anggita, 2024).

2.2.2 Klasifikasi

1. *Middle Incision*

Metode insisi merupakan teknik sayatan yang paling banyak digunakan; teknik ini agak perkutan, memiliki eksplorasi yang lebih besar, membuka dan menutup lebih cepat, dan tidak memotong ligamen esofagus. Kelemahan dari jenis sayatan ini adalah dapat mengakibatkan herniasi. Indikasi untuk pemeriksaan ginekologi di bawah umbilikus, rektosigmoid, dan organ panggul, serta area kandung empedu, palpebra, hati, dan limpa.

¹ 2. *Paramedian*

Yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bagian bawah, serta penektomi. Paramedian insision memiliki keuntungan antara lain : merupakan bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah dan bawah.

3. *Transverse upper abdomen incision*

Yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistomy dan spenektomy

4. *Transverse lower abdomen incision*

Misalnya, pada operasi usus buntu, yaitu sayatan ⁷⁰ melintang di bagian bawah, sekitar 4 cm di atas tulang belakang iliaka anterior. Latihan seperti bernapas dalam, batuk, gerakan kaki dan bokong, serta berbaring dan bangun dari tempat tidur adalah contoh aktivitas fisik. Semuanya selesai pada hari kedua setelah operasi (Saputri, 2023).

2.2.3 Etiologi

Menurut Sumiyasih (2021) ²⁴ etiologi sehingga dilakukan laparatomi adalah karena disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

1. Trauma Abdomen (Tumpul atau Tajam)
2. Peritonitis
3. Perdarahan saluran cerna.
4. Sumbatan pada usus halus dan usus besar.
5. Massa pada abdomen

2.2.4 Patofisiologi

Prosedur penting yang disebut laparatomi melibatkan pembukaan rongga perut, yang memberi tekanan pada tubuh. Reaksi, yang bertugas mempertahankan tubuh terhadap bahaya, terdiri dari sistem saraf hormonal dan simpatik. Ketika terjadi tekanan sistemik yang signifikan atau kehilangan darah yang signifikan, mekanisme kompensasi tubuh bekerja berlebihan, yang menyebabkan syok. Selain itu, reaksi metabolik terjadi ketika lipid dan karbohidrat dipecah untuk menyediakan energi. Asam amino, yang dibutuhkan untuk membuat sel jaringan baru, diproduksi ketika protein tubuh dipecah. Setelah laparatomi, ¹ fungsi usus, terutama fungsi peristaltik, jarang menimbulkan tantangan. Illues adinamik atau paralitik selalu terjadi selama satu sampai empat hari setelah laparatomi, bila

keadaan ini menetap disebabkan karena peradangan di perut berupa peritonitis atau abses dan karena penggunaan obat-obat sedatif.

Luka setelah tindakan bedah merupakan tanda kerusakan jaringan. Nyeri disebabkan oleh rangsangan reseptor nyeri, yang menyebabkan pelepasan zat-zat seperti prostaglandin, bradikinin, dan histamin. Nyeri kram kolik di perut yang terasa seperti gelombang. ⁶⁰ Klien dapat mengeluarkan inukus dan darah, tetapi tidak dapat mengeluarkan feses atau flatus, yang sering terjadi. Selain menyebabkan dehidrasi, muntah dapat mengakibatkan syok. Nyeri tekan dan peregangan di perut merupakan gejala sembelit. Demam dengan gejala takikardia disebabkan oleh anoreksia dan malaise. Klien mengalami diaforesis, pucat, lamban, haus sepanjang waktu, tidak nyaman, dan mukosa mulut kering (Susmiyanti, 2024).

2.2.5 Manifestasi Klinik

Menurut Koten (2020), gejala umum yang muncul pada pasien yang telah menjalani laparotomi antara lain:

1. Daerah di sekitar sayatan bedah terasa nyeri.
2. Denyut nadi, tekanan darah, dan pernapasan dapat meningkat.
3. Lemah.
4. Anoreksia, mual dan muntah
5. Sembelit.
6. Kulit basah dan dingin.

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Pramono (2021), pemeriksaan penunjang pada pasien yang telah dilakukan laparotomi antara lain:

1. Pemeriksaan rektal: ¹² darah menunjukkan adanya kelainan pada usus besar; kuldosentesis menunjukkan adanya darah pada lambung; dan darah pada saat kateterisasi menunjukkan adanya lesi pada saluran kemih.
2. Laboratorium: pemeriksaan urin, leukosit, hemoglobin, dan hematokrit.
3. Radiologi: bila perlu dilakukan laparotomi.
4. IVP/sistogram: hanya dilakukan pada kasus yang diduga terjadi kerusakan saluran kemih.
5. Larutan garam fisiologis dimasukkan melalui kanula ke dalam rongga perut untuk melakukan tusukan bilas peritoneum dan melakukan aspirasi atau pembilasan rongga perut (Mu'minina, 2023).

2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut Pramono (2021), klien pasca laparatomi harus ditangani sebagai berikut:

1. Klien dijaga tetap hangat tetapi tidak kepanasan.
2. Angkat kaki dan berbaring telentang di tempat tidur.
3. Pantau status CV dan pernapasan.
4. Analisis gas darah dan, jika perlu, terapi oksigen menggunakan kanula nasal atau intubasi.
5. Substitusi koloid (seperti ⁸⁶ komponen darah, albumin, plasma, atau substitusi plasma) atau cairan kristaloid dan darah (seperti RL).
6. ¹ Terapi obat: kardiotonik (meningkatkan efisiensi jantung) atau diuretik (mengurangi retensi cairan dan edema).

2.2.8 Komplikasi

Darmawan & Rihiantoro (2022) menyebutkan komplikasi berikut pada pasien yang telah menjalani laparatomi:

53

1. Gangguan perfusi jaringan terkait tromboflebitis. Setelah operasi, tromboflebitis pascaoperasi **biasanya** berkembang 7–14 hari kemudian. Ketika darah keluar dari dinding SAL GI vena dan mengalir melalui aliran darah sebagai embolus ke otak, hati, dan paru-paru, tromboflebitis merupakan risiko serius. Latihan kaki dan ambulasi pascaoperasi ini merupakan cara efektif untuk mencegah tromboflebitis. UT
2. Infeksi: 36–46 jam setelah operasi, infeksi luka sering terjadi. Bakteri gram positif yang disebut *Staphylococcus aureus* merupakan bakteri yang paling sering menyebabkan infeksi. Supurasi disebabkan oleh *Staphylococcus*. Faktor terpenting dalam mencegah infeksi luka adalah perawatan luka, yaitu berfokus pada praktik aseptik dan antiseptik.
3. Integritas kulit terganggu akibat eviscerasi atau dehiscence luka.
4. Ventilasi paru-paru tidak memadai.
5. Kondisi kardiovaskular: aritmia jantung, hipertensi.
6. Ketidakseimbangan elektrolit dan cairan.
7. Kecelakaan dan berkurangnya kenyamanan.

46

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian fokus pada klien post laparotomi apendisitis menurut Tanjung, (2020) dalam penelitian (Saputri, 2023) yaitu **sebagai berikut:**

1. Identitas klien

Identitas klien post operasi laparotomi meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, diagnosa medis, tindakan medis, nomor rekam medis, tanggal masuk, tanggal operasi dan tanggal pengkajian.

2. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab ini sangat penting untuk memudahkan klien selama perawatan, data yang dibutuhkan meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

3. Riwayat kesehatan

- a. ¹ Keluhan utama yaitu Berisi keluhan utama klien saat dikaji, klien post laparotomi appendisitis biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi karena ada kerusakan integritas kulit.
- b. Riwayat kesehatan sekarang yaitu ¹ ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRST (Provokatif yaitu pemicu terjadinya nyeri dikarenakan apa, Quality yaitu nyeri yang dirasakan klien berbeda-beda, Region daerah nyeri yang dirasakan oleh klien, Severity scale yaitu nyeri mempunyai skala yang berbeda-beda sesuai dengan skala yang ditunjuk klien (skala 0-10) dan Time nyeri terjadi mempunyai waktu sendiri). Klien yang telah menjalani operasi apendisitis pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan diistirahatkan.
- c. Riwayat kesehatan dahulu yaitu berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh pada penyakit yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.
- d. Riwayat kesehatan keluarga yaitu perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

e. **Riwayat Psikologis**

Secara umum klien dengan post apendiktor tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis. Namun demikian tetap perlu dilakukan mengenai kelima konsep diri klien (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri dan harga diri).

f. **Riwayat Sosial**

Klien dengan post laparotomi apendisitis tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi harus dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah menjalani operasi.

g. **Riwayat Spiritual**

Umumnya klien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam hal ibadah. Perlu dikaji keyakinan klien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

4. **Kebiasaan Sehari-hari**

Klien yang menjalani operasi pengangkatan apendiks pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri yang akut dan kelemahan. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri. Klien akan mengalami pembatasan masukan oral sampai fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Klien kemungkinan akan mengalami mual muntah dan konstipasi pada periode awal post operasi karena pengaruh anastesi. Intake oral dapat mulai diberikan setelah fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Klien juga dapat mengalami penurunan haluaran urin karena adanya pembatasan masukan oral. Pola istirahat klien dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan dalam rentang normalnya. Klien juga dapat mengalami

penurunan haluaran urin karena adanya pembatasan masukan oral. Pola istirahat klien dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan.

5. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Klien **post** operasi laparotomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam setelah di operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung pada periode akut rasa nyeri.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas dan suhu tubuh.

3. Pemeriksaan *head to toe*

1) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, fontanel sudah tertutup atau belum, kebersihan kepala klien, apakah ada pembesaran kepala apakah ada lesi pada klien. Klien dengan post operasi laparotomi akan ditemukan rambut tampak kotor dan lengket akibat peningkatan suhu tubuh.

2) Mata

Perhatikan apakah jarak mata lebar atau kecil, amati kelopak mata terhadap penempatan yang tepat, periksa alis mata terhadap kesimetrisan dan pertumbuhan rambutnya, amati distribusi dan kondisi bulu matanya, periksa warna konjungtiva dan selera, pupil isokor atau

anisokor, lihat apakah mata tampak cekung atau tidak serta amati ukuran iris apakah ada peradangan atau tidak. Klien dengan post operasi laparotomi akan ditemukan ⁸ kondisi konjungtiva tampak pucat akibat intake nutrisi yang tidak adekuat.

3) ⁸ Hidung

Amati ukuran dan bentuk hidung, lakukan uji indra penciuman dengan menyuruh anak menutup mata dan minta anak untuk mengidentifikasi setiap bau dengan benar, tampak adanya pernapasan ⁸ cuping hidung, kadang terjadi sianosis pada ujung hidung, lakukan palpasi setiap sisi hidung untuk menentukan apakah ada nyeri tekan atau tidak.

4) Mulut

Periksa bibir terhadap warna, kesimetrisan, kelembaban, pembengkakan, lesi, periksa gusi lidah dan palatum terhadap kelembababan dan pendarahan, amati adanya bau, periksa lidah terhadap gerakan dan bentuk, periksa gigi terhadap jumlah, jenis keadaan infeksi faring menggunakan spatel lidah dan amati kualitas suara, reflek suara.

5) Telinga

Periksa penempatan dan posisi telinga, amati menonjol atau pendatan telinga, periksa struktur telinga luar dan ciri-ciri yang tidak normal, periksa saluran telinga luar terhadap hygiene. Lakukan penarikan apakah ada nyeri atau tidak dilakukan palpasi pada tulang yang menonjol dibelakang telinga untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau tidak.

6) Leher

Kaji apakah ada pembesaran kelenjar getah bening dan peningkatan vena jugularis.

7) Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kendala, amati jenis pernapasan, amati gerakan pernapasan, dan lama inspirasi serta ekspirasi, lakukan perkusi diatas sela iga, bergerak secara simetris atau tidak dan lakukan auskultasi lapangan paru, amati apakah adanya di sekitar dada, suara napas terdengar ronchi, kalau ada pleuritis terdengar suara gesekan pleura pada tempat lesi, kalau ada penurunan suara nafas melemah.

8) Abdomen

Periksa kontur ketika sedang berdiri atau berbaring telentang, simetris atau tidak, periksa warna dan keadaan kulit abdomen, amati turgor kulit. Lakukan palpasi pada perut untuk mengetahui adanya krepitus dinding perut, adanya nyeri tekan perut atau massa perut. Lakukan auskultasi terhadap bising usus dengan nilai normal 5- 30 x/menit, serta perkusi pada abdomen bagian bawah ke atas sampai didapatkan perubahan suara dari timpani ke dullness, berikan tanda, ukur jarak tersebut, nilai normalnya 6-12 cm. Klien dengan post operasi laparotomi akan ditemukan nyeri tekan pada abdomen setelah operasi.

9) Genetalia dan anus

Periksa terhadap kemerahan dan ruam, kaji kebersihan sekitar genetalia, periksa tanda-tanda hemoroid.

10) Punggung

Periksa kelainan punggung apakah terdapat skoliosis, lordosis, kifosis.

11) Ekstremitas

Kaji bentuk kesimetrisan bawah dan atas, kelengkapan jari, apakah terdapat sianosis pada ujung jari. Adanya atrofi dan hipertrofi otot. masa otot tidak simetris, tonus otot meningkat, rentang Gerak terbatas, kelemahan otot, Gerakan abnormal seperti tremor, dystonia, edema, tanda kering positif (nyeri bila kaki diangkat dan dilipat), turgor kulit tidak cepat Kembali setelah dicubit kulit kering dan pucat, amati apakah ada clubbing finger (Susmiyanti, 2024).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
1.	Nyeri Akut (D.0077)	Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. (Tidak tersedia) Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif waspada, (mis posisi menghindar nyeri)
	1. Agen fisiologis inflamasi, pencedera. (mis: iskemia, neoplasma)	Sebagai pengalaman sensorik atau emosional	
	2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)	yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Tanda dan gejala Minor Subjektif 1. (Tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah
	3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, mengangkat terpotong. berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).	Kondisi terkait : 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi	

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
		4. Sindrom koroner akut	3. Nafsu makan berubah
		5. Glukoma	4. Proses berpikir terganggu
			5. Menarik diri
			6. Berfokus pada diri sendiri
			7. Diaforesis
2.	Hipertermia (D.0130) Penyebab: 1. Dehidrasi 2. Terpapar panas lingkungan 3. Proses penyakit (mis: infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan metabolisme laju 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan inkubator	Hipertermia merupakan diagnosis kematian yang didefinisikan sebagai suhu A tubuh meningkat melebihi jarak normal tubuh. Kondisi Terkait Klinis 1. Proses infeksi 2. Hipertiroid 3. Stroke 4. Dehidrasi 5. Trauma 6. Prematuritas	Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. (tidak tersedia) Objektif 1. Suhu tubuh diatas nilai normal Tanda dan gejala minor Subjektif 1. (tidak tersedia) Objektif 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat
3.	Resiko Infeksi (D.1042) Faktor risiko: 1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutrisi 4. Efek prosedur invasive 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin imunosupresi, leukopenia; supresi respon inflamasi;	Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Kondisi Klinis Terkait 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit obstruktif paru 4. Diabetes melitus 5. Tindakan invasi 6. Kondisi penggunaan terapi steroid 7. Penyalahgunaan obat 8. Ketuban sebelum waktunya (KPSW) 9. Kanker 10. Gangal ginjal 11. Imunosupresi 12. Lymphedema 13. Leukositopeni	Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. (tidak tersedia) Objektif 1. (tidak tersedia) Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. (tidak tersedia) Objektif 1. (tidak tersedia)

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	vaksinasi tidak adekuat)	14. Gangguan fungsi hati	

Sumber: SDKI 2019

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Langkah ketiga dalam proses perawatan adalah tindakan perawat untuk merencanakan intervensi atau perawatan, yang mencakup merumuskan tujuan dan hasil yang diharapkan untuk klien khusus. Penetapan prioritas dilakukan dengan OGI SAINS berkolaborasi bersama klien dan keluarganya selama proses intervensi.

Halini melibatkan konsultasi dengan tim kesehatan lainnya, pengumpulan dokumentasi, penyediaan informasi terkait modifikasi dalam perawatan medis, serta mempertimbangkan kebutuhan kesehatan klien dan manajemen klinis.

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) 1. Keluhan (1-5) nyeri 2. Meringis (1-5) 3. Sikap protektif (1-5) 4. Gelisah (1-5) 5. Frekuensi nadi (1-5) 6. Kesulitan tidur (1-5) Skala: Meningkat 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik

No.	SDKI	SLKI	SIKI
			<i>Terapeutik</i>
			1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
			2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu pencahayaan, kebisingan)
			3. Fasilitasi istirahat dan tidur
			4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
			<i>Edukasi</i>
			1. Jelaskan penyebab, periode,
			2. dan pemicu nyeri
			3. Jelaskan strategi meredakan nyeri
			4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
			5. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
			6. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
			<i>Kolaborasi</i>
			1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
			Pemberian Analgesik (1.08243)
			<i>Observasi</i>
			2. Identifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
			3. Identifikasi Riwayat alergi obat
			Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, non- narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri

No.	SDKI	SLKI	SIKI
			4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 5. Monitor efektifitas analgesic <i>Terapeutik</i> 1. Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan ³⁷ infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons klien 4. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic sesuai indikasi
2.	Hipertermia (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka termogulasi membaik, dengan kriteria hasil: Termoregulasi (L.14134) 1. Menggigil (1-5) 2. Suhu tubuh (1-5) 3. Suhu kulit (1-5) Skala : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Manajemen Hipertermia, (1.15506) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, paparan lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Pantau suhu tubuh 3. Pantau kadar elektrolit 4. Pantau halluaran urin 5. Pantau komplikasi akibat hipertermia <i>Terapeutik</i> 1. Sediakan ²⁵ lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral

No.	SDKI	SLKI	SIKI
			5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, perut, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu 68 dukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi memberikan cairan dan elektrolit intravena, jika perlu Regulasi Suhu (1.14578) Observasi 1. Pantau suhu tubuh bayi sampai stabil ($36.5\text{--}37.5^{\circ}\text{C}$) 2. Pantau suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu 3. Pantau tekanan darah, 30 kuensi pernapasan dan nadi 4. Pantau warna dan suhu kulit 5. Pantau dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipotermia 30 apeutik 1. Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu 2. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang memadai 3. 32 ngatkan terlebih dahulu bahan-bahan yang akan kontak dengan bayi (mis: selimut, kain bedongan, stetoskop) 4. Hindari meletakkan bayi di dekat jendela terbuka atau di area aliran pendingin ruangan atau kipas angin 5. Gunakan matras penghangat, selimut hangat, dan penghangat

No.	SDKI	SLKI	SIKI
			ruangan untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu 6. Gunakan Kasur pendingin, selimut sirkulasi air, ice pack, atau gel pad dan kateterisasi pendingin intravaskular untuk menurunkan suhu 7. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan klien <i>Edukasi</i> 1. Menjelaskan cara pencegahan kelelahan panas dan serangan panas 2. Menjelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu
3.	Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: Tingkat Infeksi (L.14137) 1. Demam (1-5) 2. Kemerahan (1-5) 3. Nyeri (1-5) 4. Bengkak (1-5) 5. Kadar sel darah putih (1-5) Skala 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Pencegahan (1.14539) <i>Observasi</i> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) <i>Terapeutik</i> 1. Batasi jumlah pengunjun 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 4. Pertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi 5. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 6. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 7. Bersihkan jaringan nekrotik

No.	SDKI	SLKI	SIKI
			8. Neriikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
			9. Pasang balutan sesuai jenis luka
			<i>Edukasi</i>
			1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
			2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
			3. Ajarkan etika batuk
			4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
			5. Anjurkan meningkatkan asupan Nutrisi
			6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
			<i>Kolaborasi</i>
			1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
			2. Kolaborasi prosedur debridement (misalnya: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu
			3. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Sumber: SLKI, SIKI 2019

2.3.4 Implementasi Keperawatan

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 diharapkan. Implementasi dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat tindakan keperawatan tersebut antara lain dengan mengaji tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, nyeri semakin meningkat, dan teraba hangat), merawat luka dengan aseptik, mempertahankan kondisi luka tetap kering, mempertahankan lingkungan yang nyaman, menganjurkan klien tidak menyentuh luka atau balutan, dan menganjurkan mengonsumsi makanan sesuai program.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan catatan perkembangan klien dengan berpedoman pada hasil dan tujuan yang hendak dicapai untuk menilai efektivitas proses keperawatan dari tahap pengkajian, intervensi, dan implementasi. evaluasi disusun menggunakan metode SOAP, yaitu:

1. S (*Subjektif*): berisi tentang data dari klien melalui anamnesis/wawancara yang merupakan ungkapan secara langsung. Contoh klien mengatakan lukanya sudah
2. O (*Objektif*): data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik. Contoh: luka tampak bersih dan kelembaban terjaga.
3. A (*Assesment*): membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan masalah teratasi, masalah teratasi sebagian dan masalah belum teratasi.
4. P (*Planning*) merupakan rencana tindakan yang akan diberikan untuk intervensi yang belum teratasi.

⁵⁶ Evaluasi yang diharapkan pada klien dengan nyeri akut post operasi laparotomi adalah:

1. Mengidentifikasi nyeri berkurang atau teratasi.
2. Mengidentifikasi tanda-tanda vital stabil.
3. Mengidentifikasi ekspresi wajah dan perilaku klien.
4. Mengidentifikasi fungsi fisik meningkat
5. Mengidentifikasi pemahaman dan partisipasi klien
6. Mengidentifikasi peningkatan kenyamanan (Nadianti & Minardo, 2023).

² BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus. Tidak digunakannya statistik, kuantifikasi, ataupun angka-angka yang lain di penelitian studi kasus. Penelitian studi kasus prinsipnya untuk memahami obyek yang diteliti secara mendalam. Tujuan penelitian ini adalah studi kasus pada umumnya mencakup informasi tentang fenomena utama yang dieksplorasi dalam penelitian, partisipan penelitian dan lokasi penelitian (Gokce, 2022).

Penelitian ini menggunakan laporan studi kasus untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan nyeri akut pasca operasi laparotomi apendisititis di ruang Bima RSUD Jombang. Strategi asuhan keperawatan melibatkan pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3.2 Batasan istilah

Penelitian ini sangat penting karena untuk memberikan batasan masalah yang digunakan dalam sebuah penelitian karena untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian dengan cara sebagai berikut:

1. Asuhan Keperawatan

¹² Asuhan keperawatan merupakan suatu proses rangkaian kegiatan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien diberbagai tatan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan bersifat humanistic dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Bosnjakovic, 2022).

2. Appendicitis

² Appendicitis yang disebabkan oleh infeksi menyebabkan ketidaknyamanan pada kuadran kanan bawah dekat titik McBurney. Dalam situasi ini, rekam medis klien dan diagnosis dokter menentukan radang usus buntu (Susmiyanti, 2024).

3. Laparotomi

Laparotomi merupakan salah satu tindakan bedah abdomen yang beresiko terjadinya komplikasi infeksi pasca operasi dibandingkan tindakan bedah lainnya dan yang akan dirasakan pada klien adalah nyeri akut (Saputri, 2023).

4. Nyeri akut

Potensi nyeri akut muncul dikarenakan adanya pasca pembedahan pada abdomen yang ditandai dengan tampak meringis dan bersikap protektif atau menahan nyeri (⁸² Rachmawati *et al.*, 2022).

3.3 Partisipan

Subyek yang digunakan untuk penelitian adalah 1 klien atau 1 kasus dengan diagnose medis yang mengalami *post* operasi laparotomi appendicitis di ruang Bima RSUD Jombang, dengan kriteria klien sebagai berikut:

1. Klien *post operasi* laparotomi *appendicitis* pada hari kedua
2. Klien dalam keadaan sadar, ⁷⁸ GCS : E = 4, V = 5, M = 6
3. Klien berjenis kelamin Laki-laki dengan usia 40-60 tahun
4. Klien yang bersedia untuk dilakukan studi penelitian ⁵

⁶⁵ 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini berada di ruang Bima RSUD Jombang Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kec. Jombang Jawa Timur

2. Waktu Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-Juli 2025

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah cara agar memperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, berikut ini metode pengumpulan data sebagai berikut:

1. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, agenda dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati. Dalam kasus ini peneliti menggunakan studi dokumentasi berupa lembar asuhan keperawatan.

² 3.6 Uji Keabsahan Data

Tingginya hasil data studi kasus menjadi tujuan pengujian validitas data. Peranan yang meneliti karenanya sebagai instrumen utamanya keabsahan data diuji menggunakan cara:

1. Peneliti melakukan triangulasi data dengan menggunakan tiga sumber data untuk menjelaskan tanggapan responden, adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu pasien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien, perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien dan perawat pelaksana yang jaga pada jam tersebut (Ennals & Fossey, 2021).

3.7 Analisa Data

Analisis data dimulai saat peneliti berada di lapangan dan berlanjut hingga semua data terkumpul. Menyajikan fakta, membandingkannya dengan hipotesis, dan mengungkapkan sudut pandang perdebatan adalah analisis data. Menceritakan jawaban wawancara mendalam untuk menjawab rumusan masalah adalah metode analitis. Peneliti menggunakan alat analisis untuk mengamati dan mencatat bukti, yang dianalisis dan dilakukan perbandingan terhadap teori guna mengusulkan intervensi ("Qualitative Data Analysis," 2022). Langkah-langkah analisa datanya antara lain:

1. Pengumpulan data

Wawancara dan data penelitian dilakukan pengumpulan di lokasi studi kasus. Temuannya didokumentasikan dalam catatan dan ditranskrip sebagai transkrip.

2. Mereduksi data

Data wawancaranya serta lapangannya dievaluasi, dihasilkan dengan laporan makin lengkap serta metodis, ditranskripsikan, serta dinilai sebagai data subjektif serta objektif.

3. Penyajian data

Sajikan data memakai tabel, bagan, grafik, ataupun narasi. Sembunyikan identitas pasien menjamin kerahasiaan.

4. Kesimpulan

Data diperiksa serta dilakukan perbandingan pada penelitian terdahulu serta teori perilaku kesehatan. Kesimpulannya dicapai melalui induksi.

Pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, serta evaluasi menjadi data yang dilakukan pengumpulan.

3.8 Etika Penelitian

1. *Etical Clereance*

KIAN ini sudah dilakukan uji etik, kelayakan etik oleh komite etik penelitian Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dan dinyatakan lolos dengan No: **391/KEPK/ITSKES-ICME/VII/2025**.

2. *Anonimity*

Masalah etik keperawatan memastikan pemanfaatan penelitian dengan tidak menyebutkan namanya klien serta di lembar pengumpulan datanya cuman mencantumkan kode ataupun temuan penelitian.

3. *Confidentiality*

Peneliti studi kasus menjamin kerahasiaan semua data yang diperoleh.



HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi dan pengumpulan data

Lokasi penyusunan ² Karya Ilmiah Akhir studi kasus dan pengambilan data berada di ruang Bima RSUD Jombang. Ruang Bima adalah Ruang Zona Bedah dengan penyakit gangren pedis, appendicitis acute, HIL, batu renal, BPH, COR, haemoroid, cholelitis, batu uretra, FAM, ilius obstruksi, struma di lingkungan RSUD Jombang. Ruang Bima terdapat 1 lantai di lantai 2 di gedung selatan RSUD Jombang dengan total bed 44. Ruangan Bima dibedakan menjadi 2 yaitu Bima Timur dan Bima Barat meliputi Bima Timur mulai dari bed 1-24 dan 1-4 adalah Ruang HCU sedangkan Bima Barat 25-40. Klien dalam studi kasus ini dirawat di ruang Bima barat bagian bed 30.

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian identitas klien

Tanggal Masuk	: 03 November 2024
Jam masuk	: 04.42 WIB
Tanggal Pengkajian	: 04 November 2024
Jam Pengkajian	: 15.15 WIB
No.RM	: 652540
Nama	: Tn. M

Umur : 55 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Petani
 Alamat : Pucang Simo
 Status Pernikahan : Menikah

2. Penanggung Jawab Pasien

Nama : Ny. T
 Umur : 25 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Alamat : Pucang Simo
 Hubungan dengan pasien : Anak

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Nyeri perut bawah sebelah kanan setelah operasi

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan sebelumnya pindahan dari ruang Yudistira. Pasien dioperasi pada hari minggu tanggal 02/11/2024 jam 11.50 WIB. Pada tanggal 03/11/2024 pasien dipindah diruang Bima jam 04.42 WIB kemudian pada saat pengkajian tanggal 4/11/2024 jam 15.15 WIB pasien mengatakan nyeri P: pasien mengatakan nyeri apabila dipakai untuk

bergerak. Q: Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. R: Perut kanan bagian bawah pusar bekas operasi. S: Nyeri yang dirasakan berat ⁶dengan skala nyeri 7. T: Nyeri yang dirasakan hilang timbul. Pasien mengeluh tidak bisa duduk dikarenakan nyeri setelah operasi. Terlihat luka *post* operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kassa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada demam.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan mengalami kelemahan dibagian tubuh kiri

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada riwayat kesehatan keluarga.

4. Pola Fungsi Kesehatan

a. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan sama sekali tidak merokok, tidak meminum alkohol, tidak meminum obat-obatan, tidak mempunyai alergi, harapan pasien inginsegera sembuh agar bisa berkumpul dengan keluarga

b. Nutrisi dan Metabolik

Di rumah pasien makan 3x sehari dengan menu mencakup nasi, hidangan protein dan sayur. Di rumah sakit untuk jenis dietnya TKTP 1600 kalori, jumlah porsi 3x sehari, nafsu makan menurun, pasien mengatakan tidak ada kesulitan menelan, jumlah cairan/minum 500 ml, untuk jenis cairan air putih, cairan infus tutosol 1000 cc/24 jam.

c. Aktivitas dan Latihan

Di rumah klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan sendiri, namun setelah di rawat di rumah sakit klien berbaring di tempat tidur. Saat melakukan aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

45
Tabel 4.1 aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum				✓	
Mandi				✓	
Toileting				✓	
Berpakaian				✓	
Berpindah				✓	
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi				✓	
ROM					
0: Mandiri	2: Dibantu orang		4: Tergantung total		
1: Menggunakan alat bantu	3: Dibantu orang lain dan alat				

1) Alat bantu : Pasien terpasang kateter

d. Tidur dan Istirahat

Pasien mengatakan kebiasaan tidur pada saat di rumah sakit pasien kesulitan tidur, lama tidur pasien mengatakan pada saat di rumah tidur sekitar 8 jam dan pada saat di rumah sakit tidur kurang lebih 5 jam sering terbangun.

e. Eliminasi

Pasien mengatakan pola defekasi BAB terakhir sebelum masuk rumah sakit hari Sabtu, warna feses kuning kecoklatan, pola miksi spontan terpasang kateter, warna urine kuning jernih, jumlah urine 900 ml/hari.

f. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaannya sekarang, peran sekarang sebagai pasien, identitas diri sebagai kepala keluarga, pasien mempunyai minat untuk sembuh, pasien berpenampilan baik, pasien mengatakan system pendukung adalah keluarga, interaksi dengan orang lain baik, agama yang dianut adalah islam, nilai keyakinan pasien mengatakan ingin sembuh dan pasien percaya ini semua adalah cobaan

yang maha esa.

g. Kognitif Perseptual

Keadaan mental composmentis, berbicara lancar dan jelas, kemampuan memahami pasien mudah memahami, pasien mampu mendengar dengan jelas, pasien mampu melihat dengan jelas.

5. Pemeriksaan fisik

a. Observasi pemeriksaan fisik



Tekanan Darah : 130/90 ⁵⁴ mmHg
 Nadi : 90 x/menit
 Suhu : 36,8 C
 RR : 20 x/menit
 GCS : Composmentis
 Status gizi : Normal
 Berat Badan : 55 kg
 Tinggi Badan : 167 cm
 Sikap : Menahan nyeri

b. Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala

Warna rambut hitam, kuantitas rambut banyak, tekstur rambut sedikit kasar, kulit kepala bersih, bentuk kepala bulat.

2) Mata

Konjungtiva tidak anemis, sclera putih, reflek pupil mengecil jika terkena cahaya, bola mata bulat sempurna.

3) Telinga

Bentuk telinga daun telinga lebar dan lengkung sempurna,

kesimetrisan telinga kanan dan kiri simetris tidak ada pengeluaran cairan.

4) Hidung dan Sinus

Bentuk hidung simetris, warna sawo matang.

5) Mulut dan tenggorokan

Bibir pucat, mukosa kering, gigi bersih, lidah terdapat warna putih, faring tidak ada sumbatan.

6) Leher

Bentuk simetris, warna sawo matang, posisi trakea tengah, pembesaran tiroid tidak ada pembesaran tiroid, dan tidak ada pembesaran JVP.

7) Thorax

a) Paru-Paru

Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 22x/menit, kedalaman nafas dalam, jenis pernafasan perut, adanya retraksi dada, irama nafas regular, ekspansi paru dada naik turun tidak sama, vocal fremitus tidak seimbang, batas paru di antara costa ke 5 dan ke 6, suara nafas vesikuler

b) Jantung

Ictus cordis tidak tampak, nyeri tidak ada, ²batas jantung kiri ICS 4-6, batas atas ICS 2, batas pinggang jantung ICS 3, bunyi jantung reguler S1 S2 lup dup

8) Abdomen

Bentuk perut simetris, arna kulit sawo matang, bising usus 20x/menit, nyeri perut bekas *post* operasi nyeri perut bawah bekas operasi,

terlihat luka *post* operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kasa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada demam, P: Nyeri di bagian luka operasi, nyeri dibuat bergerak, Q: Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri dibagian luka operasi diperut bagian bawah sebelah kanan, S: Skala Nyeri 7, T: Nyeri hilang timbul

9) Genitalia

Pasien menggunakan kateter, berwarna kuning jernih, aroma yang khas, urine output sebanyak 900 cc/24 jam

10) Ekstremitas

Kekuatan otot lemah 5/5/5/5, turgor <2 detik, warna kulit sawo matang, akral hangat

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah lengkap

Hasil pemeriksaan penunjang 03-11-2024

Tabel 4. 2 pemeriksaan penunjang darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan
Hematologi		
Hemoglobin	10,2 g/dl	13,2-17,2 g/dl
Leukosit	17,12 $10^3/\mu\text{l}$	3,8-10,6
Hematokrit	20,4 %	40-56
Eritrosit	3,23 $10^6/\mu\text{l}$	4,4-5,9
MCV	91,0 fl	82-92
MCH	31,6 pg	27-31
MCHC	34,7 g/l	31-34
RDW-CV	13,0 %	11,5-14,5
Trombosit	413 $10^3/\mu\text{l}$	150-450
Hitung Jenis		
Eosinofil	0	2-4
Basofil	0	0-1
Batang	-	3-5
Segmen	95 %	50-70
Limfosit	2 %	25-40
Monosit	3 %	2-8
IG (Immature Granulocyte)	0,6 %	3

Pemeriksaan	Hasil	Satuan
ANG (Neutrofil Absolute)	16,23	$10^3/\mu\text{l}$
ALC (Limfosit Absolute)	0,3	$10^3/\mu\text{l}$
NLR	54,10	< 3,13
Ret – He	!	> 0,3
Immature Platelet (IPF)	!	1,1-6,1
Nomoblas (NRBC)	0,00 %	
I/T Ratio	0,01	< 0,2
Kimia Darah		
Albumin	2,64 g/dl	3,4-4,8
Natrium	132 mEq/l	135-147
Kalium	4,87 mEq/l	3,5-5
Klorida	92 mEq/l	95-105

Sumber data primer: rekam medis RSUD Jombang

b. Pemeriksaan BOF / foto polos abdomen 03/11/2024

Klinis: Appendicitis

PACS: BNO Normal

Sumber data primer: rekam medis RSUD Jombang

c. Pemeriksaan X – Thorax Ap 03/11/2024

Klinis: Appendicitis

PACS: Cor tampak normal, tampak gambaran konsolidasi di para cardiac dex

Sumber data primer: rekam medis RSUD Jombang

7. Terapi medik

- Infus Nacl 0,9 % 500 cc/8jam
- Injeksi Metronidazol 3x1 5mg/ml
- Infus Voluven/Volulyte (Hydroxyethyl Strach) HES 60 gram
- Injeksi Ceftriaxone 2x1 1gr
- Injeksi Regivel (pada saat operasi) 5mg/ml

- f. Injeksi Ranitidine 2x1 25mg/ml
- g. Injeksi Peinlos ibuprofen (pada saat operasi) 400 mg
- h. Injeksi Ondansetron 2x1 4mg/2ml
- i. Injeksi Granisetron 1mg/1ml
- j. Injeksi Dexametasone 5 mg
- k. Analsik Tab (Metampiron 500 mg, diazepam 2 mg) 3x1
- l. Kapsul Sefiksim 200 mg
- m. Injeksi Santagesik 3x1 2ml

Sumber data primer: rekam medis RSUD jombang

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

Tabel 4. 3 Analisa data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: Pasien mengatakan P: Nyeri di bagian luka operasi, nyeri dibuat bergerak Q: Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri dibagian luka operasi diperut bagian bawah sebelah kanan S: Skala Nyeri 7 T: Nyeri hilang timbul DO: 1. K/U Lemah 2. Pasien tampak terlihat cemas 3. Kesadaran composmentis GCS: 456 4. Pasien terlihat meringis menahan nyeri 5. Terlihat luka post operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kassa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada demam 6. Terlihat posisi menghindari nyeri	Agan pencedera fisik	Nyeri akut

No.	Data	Etiologi	Masalah				
7.	Hasil TTV TD: 130/90 mmHg N: 90x/m S: 36,8 °C RR: 22x/m						
2.	DS: Pasien mengatakan aktivitas pasien terbatas dikarenakan apabila dibuat bergerak terasa nyeri. Pasien mengeluh tidak bisa duduk sehabis operasi DO: 1. K/U lemah 2. Nilai ekstremitas <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> 3. Aktivitas dibantu keluarga 4. Pasien tampak terlihat cemas 5. Pasien tampak terbaring di bed 6. Terlihat luka post operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kassa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada demam 7. Hasil TTV TD: 130/90 mmHg N: 90x/m S: 36,8 °C RR: 22x/m	5	5	5	5	Nyeri	Gangguan mobilitas fisik
5	5						
5	5						

Sumber: data primer 2024

2. Diagnosa Keperawatan (Sesuai Prioritas)

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien tampak meringis (**D.0077**)
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas dikarenakan nyeri (**D.0054**)

4.1.4 Rencana Keperawatan

Tabel 4. 4 Rencana tindakan keperawatan

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
	KEPERAWATAN		

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
	KEPERAWATAN		
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien tampak meringis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis Menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Monitor tanda-tanda vital <i>Terapeutik</i> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya, Relaksasi napas dalam) <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Anjurkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Pemberian Analgesik (I.08243) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi riwayat alergi obat 2. Monitor efektifitas analgetik <i>Terapeutik</i> 1. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien 2. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai

No.	SDKI KEPERAWATAN	SLKI (SMART)	SIKI
			indikasi
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas dikarenakan nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: Mobilitas fisik (L.05042) 1. Kekuatan otot meningkat (5) 2. Gerakan terbatas menurun (5)	Dukungan mobilisasi (I.05173) <i>Observasi</i> 1. Monitor kondisi umum selama penanganan melakukan mobilisasi <i>Terapeutik</i> 1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan mobilisasi dini 2. Anjurkan mobilisasi sederhana (misalnya: latihan duduk) Pencegahan Luka Tekan (I. 14543) <i>Observasi</i> 1. Monitor status kulit harian 2. Monitor sumber tekanan dan gesekan 3. Monitor mobilitas dan aktivitas individu <i>Terapeutik</i> 1. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensi fekal atau urin 2. Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi 3. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit 2. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 3. Ajarkan merawat kulit

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI 2019

4.1.5 Tindakan Keperawatan

Tabel 4. 5 Implementasi Keperawatan

NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
D.0077	Senin, 04/11/ 2024	14.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Hasil: P: Nyeri di bagian luka operasi, nyeri dibuat bergerak Q: Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri dibagian luka operasi diperut bagian bawah sebelah kanan S: Skala Nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul	 Faiz
		14.10	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 5	 Faiz
		14.15	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: pasien terlihat meringis menahan nyeri	 Faiz
		14.17	4. Mengidentifikasi riwayat alergi obat Hasil: pasien mengatakan tidak mempunyai alergi obat	 Faiz
		14.20	5. Memonitor efektifitas analgetik Hasil: pasien mengatakan sesudah pemberian 58 t nyeri berkurang	 Faiz
		14.25	6. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD: 130/90 mmHg, N: 90x/m, S: 36,8 °C, RR: 22x/m	 Faiz
		14.27	7. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya. Relaksasi napas dalam) Hasil: petugas mengajarkan kepada klien kalau nyeri timbul klien diharuskan untuk relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	 Faiz
		14.30	8. Menetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien Hasil: petugas memberikan target menurunkan nyeri yang spesifik	 Faiz
		14.35	9. Mendokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak	 Faiz

57 NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			diinginkan Hasil: petugas memantau respon terhadap efek analgesik dan pasien tidak terjadi apa-apa	
		14.40	10. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Hasil: petugas menjelaskan penyebab pemicu nyeri adalah sering dibuat bergerak dan periode timbul rasa nyeri berlangsung selama beberapa hari hingga beberapa minggu dikarenakan respon alami tubuh terhadap cedera selama pembedahan	29 Faiz
		14.45	11. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Hasil: petugas memberikan penjelasan setelah diberikan obat efek samping dari analgesik adalah mual, muntah, pusing.	Faiz
		14.50	12. Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: petugas menyarankan minum obat setiap petugas memberikan obat kepada klien	Faiz
		15.00	13. Berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi Hasil: perawat ruangan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian dosis dan jenis analgesik	Faiz
		15.20	14. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Hasil: Inj. Ranitidine 25mg/ml, Inj. Metronidazole 5mg/ml, Inj. Ceftriaxone 1gr, Inj. Santagesik 2ml	Faiz
D.0054	Senin, 04/11/ 2024	15.30	1. Memonitor kondisi umum selama penanganan melakukan mobilisasi Hasil: klien terlihat menahan nyeri saat dilatih mobilisasi	Faiz
		15.40	2. Memonitor status kulit harian Hasil: Terlihat luka <i>post</i> operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kassa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada demam	Faiz
		15.50	3. Memonitor sumber tekanan dan gesekan Hasil: petugas memonitor pakaian yang dipakai oleh klien dan dianjurkan memakai pakaian yang tidak ketat dan memonitor perban apakah terpasang dengan benar atau terlalu ketat	Faiz
		16.00	4. Memonitor mobilitas dan aktivitas individu Hasil: petugas mengubah posisi tubuh	Faiz

NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			secara teratur sehingga mengurangi tekanan pada area tertentu	
		16.10	5. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil: petugas memfasilitasi klien untuk bergerak	29 Faiz
		16.15	6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: petugas menganjurkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan klien untuk ADL nya	Faiz
		16.20	7. Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensi fekal atau urin Hasil: area luka terlihat bersih dan tidak ada resapan cairan di kassa atau disekitar luka	Faiz
		16.30	8. Menghindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi Hasil: petugas memberikan edukasi pada keluarga kalau menyeka pasien diusahakan tidak terkena daerah disekitar kassa	Faiz
		16.35	9. Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori Hasil: petugas memastikan diit pasien dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan makanan yang TKTP	Faiz
		16.40	10. Menganjurkan mobilisasi dini Hasil: klien menggerakkan tubuh secara bertahap dimulai dengan gerakan ringan di tempat tidur	Faiz
		16.50	11. Menganjurkan mobilisasi sederhana (misalnya: latihan duduk) Hasil: petugas mengajarkan latihan duduk dengan gerakan ringan di tempat tidur dengan posisi sedikit bersandar	Faiz
		17.00	12. Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit Hasil: petugas menjelaskan kepada keluarga tanda-tanda kerusakan kulit seperti: kemerahan disekitar luka, gatal, penyembuhan luka yang lambat, kulit terasa kaku	Faiz
		17.10	13. Menganjurkan melaporan jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit Hasil: petugas memberikan arahan kepada keluarga kalau keluarga menemukan tanda-tanda kerusakan kulit segera melapor kepada petugas	Faiz
		17.20	14. Mengajarkan merawat kulit	Faiz

2 NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
D.0077	Selasa, 05/11/ 2024	08.00	Hasil: petugas memberikan edukasi merawat luka dengan benar dan petugas memantau luka klien	 Faiz
			1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Hasil: P: nyeri pada saat dibuat bergerak Q: Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri dibagian luka operasi diperut bagian bawah sebelah kanan S: Skala Nyeri 4 T: Nyeri hilang timbul	
		08.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 4	 Faiz
		08.10	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: pasien masih terlihat meringis menahan nyeri	 Faiz
		08.15	4. Memonitor efektivitas analgesik Hasil: pasien mengatakan sesudah pemberian 48 t nyeri berkurang	 Faiz
		08.20	5. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD: 120/80 mmHg, N: 86 x/m, S: 36,6 °C, RR: 22x/m	 Faiz
		08.22	6. Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: petugas mengajarkan minum obat setiap petugas memberikan obat kepada klien	 Faiz
		08.25	7. Menetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien Hasil: petugas memberikan target menurunkan nyeri yang spesifik	 Faiz
		08.30	8. Mendokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan Hasil: petugas memantau respon terhadap efek analgesik dan pasien tidak terjadi apa-apa	 Faiz
		08.40	9. Berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi Hasil: perawat ruangan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian dosis dan jenis analgesik	 Faiz
D.0054	Selasa, 05/11/ 2024	09.00	10. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Hasil: Inj. Ranitidine 25mg/ml, Inj. Metronidazole 5mg/ml, Inj. Ceftriaxone 1gr, Inj. Santagesik 2ml	 Faiz
			1. Memonitor kondisi umum selama penanganan melakukan mobilisasi Hasil: klien masih terlihat masih	

NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
		09.10	menahan nyeri pada saat dilatih mobilisasi	Faiz
			2. Memonitor status kulit harian Hasil: Terlihat luka post operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kasa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada demam	Faiz
		09.20		
			3. Memonitor sumber tekanan dan gesekan Hasil: petugas memonitor pakaian yang dipakai oleh klien dan dianjurkan memakai pakaian yang tidak ketat dan memonitor perban apakah terpasang dengan benar atau terlalu ketat	Faiz
		09.30		
			4. Memonitor mobilitas dan aktivitas individu Hasil: petugas mengubah posisi tubuh secara teratur sehingga mengurangi tekanan pada area tertentu	Faiz
		09.35		
			5. Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensi fekal atau urin Hasil: area luka terlihat bersih dan tidak ada resapan cairan di kassa atau disekitar luka	Faiz
		09.40		
			6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil: petugas memfasilitasi klien untuk bergerak	Faiz
		09.45		
			7. Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori Hasil: petugas memastikan diet pasien dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan makanan yang TKTP	Faiz
		09.50		
			8. Mengajarkan mobilisasi sederhana (misalnya: latihan duduk) Hasil: petugas mengajarkan latihan duduk dengan gerakan ringan di tempat tidur dengan posisi sedikit bersandar	Faiz
D.0077	Rabu, 06/11/ 2024	08.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Hasil: P: nyeri pada saat dibuat bergerak Q: Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri dibagian luka operasi diperut bagian bawah sebelah kanan S: Skala Nyeri 3 T: Nyeri hilang timbul	Faiz
		08.10	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 3	Faiz

NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
		08.15	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: pasien sudah tidak terlihat meringis pada saat bergerak	Faiz
		08.20	4. Memonitor efektifitas analgesik Hasil: pasien mengatakan sesudah pemberian obat nyeri berkurang	Faiz
		08.25	5. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD: 110/70 mmHg, N: 87 x/m, S: 36,0 °C, RR: 22x/m	Faiz
		08.30	6. Menetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien Hasil: petugas memberikan target menurunkan nyeri yang spesifik	Faiz
		08.40	7. Berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi Hasil: perawat ruangan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian dosis dan jenis analgesik	Faiz
		08.45	8. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Hasil: Inj. Ranitidine 25mg/ml, Inj. Metronidazole 5mg/ml, Inj. Ceftriaxone 1gr, Inj. Santagesik 2ml	Faiz
D.0054	Rabu, 06/11/ 2024	09.00	1. Memonitor kondisi umum selama penanganan melakukan mobilisasi Hasil: klien terlihat masih sedikit menahan nyeri saat dilatih mobilisasi	Faiz
		09.05	2. Memonitor status kulit harian Hasil: Terlihat luka post operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kassa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada demam	Faiz
		09.15	3. Memonitor mobilitas dan aktivitas individu Hasil: petugas melihat klien mengubah posisi tubuh secara teratur sehingga mengurangi tekanan pada area tertentu	Faiz
		09.20	4. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil: petugas memfasilitasi klien untuk bergerak	Faiz
		09.25	5. Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori Hasil: petugas memastikan diet pasien dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan makanan yang TKTP	Faiz
		09.30	6. Mengajarkan mobilisasi sederhana (misalnya: latihan duduk) Hasil: klien sudah bisa duduk sendiri	Faiz

NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			tanpa di bantu oleh keluarga	

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 6 Evaluasi keperawatan

NO	NO DX	HARI/TGL	JAM	EVALUASI	PARAF				
1.	D.0077	Senin, 04/11/2024	18.00	S: Pasien mengatakan nyeri perut bawah sebelah kanan setelah operasi Klien mengatakan P: Nyeri di bagian luka operasi, nyeri dibuat bergerak Q: Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri dibagian luka operasi diperut bagian bawah sebelah kanan S: Skala Nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul O: 1. K/U lemah 2. Pasien tampak terlihat cemas 3. Kesadaran composmentis GCS 456 4. Terlihat menghindari nyeri 5. Pasien terlihat meringis 6. TTV TD: 130/90 mmHg N: 90 x/m S: 36,8 °C RR: 22x/m A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1,2,3,5,6,7,8,11,12, 13 dilanjutkan.	Faiz				
2.	D.0054	Senin, 04/11/2024	19.00	S: Pasien mengatakan aktivitas pasien terbatas dikarenakan apabila dibuat gerak terasa nyeri. Pasien tidak bisa duduk setelah operasi. O: 1. K/U lemah <table border="1"><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> 2. Aktifitas dibantu keluarga 3. Pasien terlihat berbaring di tempat tidur 4. Terlihat luka post operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kasa	5	5	5	5	Faiz
5	5								
5	5								

NO	NO DX	HARI/TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
				tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada	
				17 nam	
				5. TTV	
				TD: 130/90 mmHg	
				N: 90 x/m	
				S: 36,8 °C	
				RR: 22x/m	
				A: Masalah mobilitas fisik belum teratasi	
				P: Lanjutkan Intervensi	
				1,2,3,4,5,6,7,8,9 dilanjutkan	
3.	D.0077	Selasa, 05/11/2024	10.00	S: Pasien mengatakan nyeri perut bawah sebelah kanan setelah operasi sudah berkurang Klien mengatakan P: Nyeri pada saat dibuat bergerak Q: Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri dibagian luka operasi diperut bagian bawah sebelah kanan S: Skala Nyeri 4 T: Nyeri hilang timbul O: 1. K/U masih lemah 2. Kesadaran composmentis GCS 456 3. Pasien terlihat meringis 4. Pasien masih terlihat menghindari nyeri 5. Pasien masih tampak terlihat 17 nas 6. TTV TD: 120/80 mmHg N: 86 x/m S: 36,6 °C RR: 22x/m A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1,2,3,4,6,8,9,10 dilanjutkan.	Faiz
4.	D.0054	Selasa, 05/11/2025	10.30	S: Pasien mengatakan apabila dibuat bergerak aktivitas dan duduk masih nyeri tapi sudah berkurang O: 1. K/U masih lemah 5 5 5 5 2. Aktifitas masih dibantu keluarga	Faiz

NO	NO DX	HARI/TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
				3. Pasien terlihat sudah bisa duduk tapi masih menahan nyeri 4. Terlihat luka post operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kasa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada 5. ¹⁶ nam TTV TD: 120/80 mmHg N: 86 x/m S: 36,6 °C RR: 22x/m A: Masalah mobilitas fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1,2,3,4,7,8 dilanjutkan	
5.	D.0077	Rabu, 06/11/2024	11.00	S: pasien mengatakan nyeri perut bawah sebelah kanan setelah operasi sudah berkurang Klien mengatakan P: Nyeri pada saat dibuat bergerak Q: Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri dibagian luka operasi perut bagian bawah sebelah kanan S: Skala Nyeri 3 T: Nyeri hilang timbul O: 1. K/U membaik 2. Kesadaran composmentis GCS 4/5/6 3. Pasien terlihat sudah tidak meringis 4. Pasien sudah tidak terlihat menghindari nyeri 5. Pasien sudah tidak terlihat cemas lagi 6. TTV ¹⁷ TD: 110/70 mmHg N: 87 x/m S: 36,0 °C RR: 22x/m A: Masalah nyeri akut teratasi P: Intervensi dihentikan	 Faiz
6.	D.0054	Rabu, 06/11/2024	11.30	S: pasien mengatakan apabila dibuat bergerak aktivitas dan duduk nyeri sudah berkurang	 Faiz

NO	NO DX	HARI/TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
O:				1. K/U membaik	
				5 5	
				5 5	
				2. Aktifitas mandiri	
				3. Pasien terlihat sudah bisa duduk	
				4. Terlihat luka post operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kassa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada	
				11 nam	
				5. TTV	
				TD: 110/70 mmHg	
				N: 87 x/m	
				S: 36,0 °C	
				RR: 22x/m	
				A: masalah mobilitas fisik teratasi	
				P: Intervensi dihentikan	

4.2 Pembahasan

Penelitian ini mengulas kasus perawatan pada klien yang menjalani operasi laparatomi *appendicitis* di ruang Bima RSUD Jombang. Lingkup pembahasan meliputi beberapa tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Berdasarkan data pengkajian pada klien Tn. M dengan post operasi laparatomi *appendicitis* hari ke 2. Pasien mengatakan nyeri perut kanan bagian bawah pusar bekas operasi. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul. Nyeri yang dirasakan berat dengan skala nyeri 7. Pasien mengatakan nyeri apabila dipakai untuk bergerak. K/U Lemah, pasien tampak terlihat cemas, kesadaran composmentis GCS 456, pasien terlihat meringis menahan nyeri, Hasil TTV: TD: 130/90 mmHg, N: 90x/m, S: 36,8 °C, RR:

22x/m. Pasien mengeluh tidak bisa duduk dikarenakan setelah operasi. Sesuai dengan observasi keadaan umum mengalami kelemahan pada tubuh klien, terlihat meringis dan aktivitas dibantu oleh keluarganya. Aktivitas dibantu keluarga, pasien tampak terlihat cemas, pasien tampak terbaring di bed, terlihat luka post operasi terbalut kassa steril tidak adanya perdarahan, kemerahan pada kasa tersebut tidak ada bengkak sekitar luka dan tidak ada demam, Hasil TTV: ⁹TD: 130/90 mmHg, N: 90x/m, S: 36,8 °C, RR: 22x/m.

Peneliti yang terdahulu mengatakan nyeri adalah respons normal setelah pembedahan dikarenakan luka pada otot dinding perut masih dalam proses penyembuhan (Chappell *et al.*, 2021). Metode yang digunakan untuk menilai nyeri dalam praktik medis atau keperawatan adalah *Provoking* (pemicu), *Quality* (kualitas), *Region* (lokasi), *Severity* (Keparahan) dan *Time* (Waktu) disebut juga PQRS (Berger & Baria, 2022). Respon fisiologis pada nyeri luka post operasi sifatnya nyeri tumpul atau menusuk pada saat bergerak, menentukan skala nyeri yang biasa digunakan oleh tenaga kesehatan untuk pasien anak-anak dan orang dewasa menggunakan skala *numerical rating scale* (NRS) menilai intensitas nyeri pasien dengan angka 0 hingga 10, dan yang dirasakan oleh pasien pada saat nyeri biasanya hilang timbul (Brown, 2023). Dengan menggabungkan informasi dari semua pengkajian mulai dari data komponen PQRS dan data Obyektif dari pasien, tenaga medis akan lebih ringan membuat diagnosis yang lebih tepat dan merencanakan intervensi yang sesuai untuk mengelola nyeri pasien (Kadovic *et al.*, 2023).

Kelemahan pasien mengeluh keterbatasan dalam gerak tubuh secara mandiri, berjalan, mengubah posisi, aktivitas perawatan diri disebabkan oleh prosedur tindakan pembedahan laparotomi *appendicitis* adalah respon

fisiologis tubuh terhadap stress pembedahan dimana tubuh masih beradaptasi dan mengalihkan *energy* untuk penyembuhan luka setelah pembedahan (Zhong *et al.*, 2024). Sehingga respon fisiologis pasien yang mengalami prosedur tindakan pembedahan laparatomi *appendicitis* mengeluhkan sulit untuk bergerak adalah hal yang perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan (Rao *et al.*, 2022).

Menurut peneliti nyeri perut dan kelemahan pada tubuh klien terjadi pada efek *post* pembedahan. Nyeri perut terjadi ketika luka pada otot dinding perut masih dalam proses penyembuhan, dan kelemahan terjadi ketika jaringan didalam perut masih *sensitive* akibat operasi bekas peradangan usus buntu. Oleh karena itu, klien mengatakan nyeri perut sehabis operasi dan di buat bergerak terasa nyeri adalah hal yang wajar setiap pasien yang mengalami penyakit *post* operasi laparatomi *appendicitis*. Menurut pasien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien mengatakan bahwa yang dikeluarkan pertama kali pada saat sadar di ruang perawatan bedah adalah nyeri hebat yang dialami oleh pasien tersebut dan nyeri yang dirasakan pasien mengakibatkan cemas, meringis kesakitan dan merasa tidak nyaman pada saat dibuat bergerak.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan analisa data subyektif dan obyektif, yang pertama adalah ⁶nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan klien tampak meringis. Penyebab terjadinya masalah ini adalah *post* operasi laparatomi *appendicitis* dimana saat pengkajian peneliti menanyakan keluhan klien yang utama adalah nyeri di bagian perut bawah kanan. Diagnosa keperawatan yang kedua yakni mobilitas

fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan mengeluh saat mengerjakan ekstremitas dikarenakan nyeri dan dari data pengkajian klien, klien mengatakan mengeluh dan tidak berani mengerjakan ekstremitasnya terlihat kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, enggan melakukan pergerakan, dan gerakan terbatas data tersebut sesuai dengan data mayor dan minor gangguan mobilitas fisik.

Menurut Weber *et al* (2023) pengambilan diagnosa keperawatan nyeri akut *post* operasi laparotomi *appendicitis* adalah langkah esensial dalam mendukung pemulihan optimal pasien, mencegah komplikasi dan menjamin hak serta kenyamanan pasien. Nyeri yang hebat akan mengalami gangguan tidur dan nafsu makan yang menghambat proses penyembuhan dan akan menyebabkan komplikasi meningkat seperti hipertensi dan takikardia (Santoso, 2022). Sedangkan menurut Susmiyanti (2024) selain nyeri klien *post* operasi juga mengalami keterbatasan dalam gerakan fisik pada penggunaan otot bantu, hal ini bisa disebabkan pasien yang enggan melakukan pergerakan atau merasa cemas saat bergerak sehingga peneliti yang terdahulu mengambil gangguan mobilitas fisik.

Menurut peneliti nyeri ⁶akut berhubungan dengan agen pencederan fisik dibuktikan dengan pasien tampak meringis dikarenakan sesuai dengan kriteria klien dalam pengkajian data mayor yang berbunyi klien ⁵mengeluh nyeri, tampak meringis, dan bersikap protektif dengan kondisi klinis terkait adalah kondisi *post* operasi laparotomi *Appendicitis*. Diagnose yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan mengeluh saat mengerjakan ekstremitas dikarenakan nyeri. Peneliti mengambil diagnosa tersebut dikarenakan sesuai dengan buku SDKI yang

berbunyi penyebab penurunan kekuatan otot, gejala dan tanda mayor pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas obyektif kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun untuk gejala dan tanda minor adalah nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak dan obyektifnya fisik melemah. Menurut perawat yang pernah mengatasi masalah klien dengan *post* operasi laparotomi *appendicitis* setiap pemilihan diagnosa keperawatan yang terutama dipilih adalah nyeri akut alasan dari perawat yang mengatasi masalah tersebut adalah kalau nyeri tidak ditangani dengan segera akan menyebabkan komplikasi meningkat seperti contoh hipertensi dan takikardia karena aktivitas system saraf simpatis dan mempengaruhi status psikologis pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah langkah selanjutnya dalam proses perawatan setelah diagnosis keperawatan. Tahap ini perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang akan digunakan untuk mengevaluasi efektifitas perawatan klien. Peneliti merancang intervensi dalam penelitian ini dengan harapan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam masalah ⁶ tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil ⁶ keluhan nyeri menurun, meringis menurun dan bersikap protektif menurun.

Tujuan peneliti merancang intervensi keperawatan adalah memastikan bahwa tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan dapat berhasil dalam mengendalikan nyeri dengan memantau faktor-faktor yang muncul. Peneliti merancang intervensi yang kedua dalam penelitian ini dengan harapan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam masalah mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil kekuatan otot meningkat gerakan terbatas

menurun. Tujuan peneliti merancang intervensi keperawatan adalah keterbatasan dalam gerak fisik akan meningkat dan melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri.

Menurut Sifa'ur Rohma *et al* (2023) pengambilan intervensi nyeri akut pada pasien *post* operasi laparatomi *appendicitis* yang ditangani terlebih dahulu adalah nyeri akut dengan mengambil intervensi manajemen nyeri sesuai dengan buku SIKI. Menurut Hargett *et al* (2022) untuk penambahan pengambilan intervensi pendukung dari manajemen nyeri adalah pemberian analgesik dikarenakan untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai dalam perawatan klien, klien membutuhkan serangkaian tindakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit pada klien.

Menurut Agustin *et al* (2022) pengambilan intervensi gangguan mobilitas fisik pada pasien *post* operasi laparatomi *appendicitis* adalah dukungan mobilisasi dikarenakan petugas bisa memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktifitas dan pergerakan pasien secara aktif maupun pasif. Menurut Liu *et al* (2022) untuk penambahan pengambilan intervensi pendukung dari dukungan mobilisasi adalah perawatan luka tekan dikarenakan petugas bisa mengidentifikasi dan mengontrol luka akibat penekanan pada pakaian yang dipakai oleh pasien.

Menurut peneliti ⁶ intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan pedoman SIKI namun ada intervensi yang tidak dicantumkan oleh peneliti karena intervensi yang dirancang menyesuaikan kondisi yang terjadi pada klien saat ini. Dengan intervensi keperawatan yang dilakukan mencegah terjadinya komplikasi terhadap nyeri peneliti merancang intervensi dalam buku standar intervensi keperawatan indonesia yaitu Manajemen Nyeri

(1.08238) dan Pemberian Analgesik (1.08243) antara lain: ⁴identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi riwayat alergi obat, monitor efektifitas analgetik, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya. Relaksasi napas dalam), tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien, dokumentasikan respons terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, anjurkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan efek terapi dan efek samping obat, kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi dan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Dan perawat pelaksana yang jaga pada jam tersebut mengatakan bahwa pada saat memberikan intervensi keperawatan dengan penyakit *post* operasi laparatomi *appendicitis* perawat tersebut merancang intervensi keperawatan seperti teknik relaksasi, edukasi dan kolaborasi pemberian analgetik sangat efektif dalam membantu kualitas pemulihan fisik dan psikologis pasien.

Peneliti merancang intervensi dalam buku standar intervensi keperawatan Indonesia dilakukan mencegah terjadinya imobilisasi atau ileus paralitik, atelectasis atau thrombosis vena dalam dengan rancangan mengambil intervensi di buku SIKI yaitu Dukungan mobilisasi (1.05173) monitor kondisi umum selama penanganan melakukan mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan mobilisasi dini, anjurkan mobilisasi sederhana (misalnya: latihan duduk) dan intervensi yang kedua pencegahan luka tekan (1. 14543) monitor status kulit harian, monitor sumber tekanan dan gesekan, monitor mobilitas dan aktivitas individu, keringkan daerah kulit yang

lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensi fekal atau urin, hindari menggunakan ⁵ air hangat dan sabun keras saat mandi, pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, ⁵ vitamin B dan C, zat besi dan kalori, jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit, ajarkan merawat kulit.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan telah diberikan kepada klien sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Implementasi yang diberikan pada hari kesatu yaitu mengidentifikasi lokasi, ⁴ karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi riwayat alergi obat, memonitor efektifitas analgetik, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya. Relaksasi napas dalam), menetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien, mendokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan, menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, menganjurkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan efek terapi dan efek samping obat, berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi dan berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Hari kedua mengidentifikasi lokasi, karakteristik, ⁶ durasi, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor efektifitas analgesic, menganjurkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien, mendokumentasikan respons

terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan, berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi, berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu dan ketiga peneliti mengimplementasikan yang belum berhasil yakni mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor efektifitas analgesic, menetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien, berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi, berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Implementasi diagnosa yang kedua pada hari pertama yaitu memonitor kondisi umum selama penanganan melakukan mobilisasi, memonitor status kulit harian, memonitor sumber tekanan dan gesekan, memonitor mobilitas dan aktivitas individu, memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensi fekal atau urin, menghindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi, memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori, menganjurkan mobilisasi dini, menganjurkan mobilisasi sederhana (misalnya: latihan duduk), menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, menganjurkan melaporan jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit, mengajarkan merawat kulit dan hari kedua yaitu memonitor kondisi umum selama penanganan melakukan mobilisasi, memonitor status kulit harian, memonitor sumber tekanan dan gesekan, memonitor mobilitas dan aktivitas individu, mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensi fekal atau urin,

memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori, menganjurkan mobilisasi sederhana (misalnya: latihan duduk) dan hari ketiga yaitu memonitor kondisi umum selama penanganan melakukan mobilisasi, memonitor status kulit harian, memonitor mobilitas dan aktivitas individu, memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori, menganjurkan mobilisasi sederhana (misalnya: latihan duduk). Pelaksanaan implementasi yang telah dilakukan 3 hari tidak mengalami kendala, klien dan keluarga mengikuti tindakan yang diberikan sesuai implementasi keperawatan.

Menurut Nazila *et al* (2023) pelaksanaan keperawatan manajemen nyeri dilakukan secara bertahap dalam 3-5 hari perawatan pertama dikarenakan menyesuaikan kondisi pasien dengan keluhan utama yang muncul pada saat pengkajian sehingga petugas akan memberikan perawatan sesuai dengan intervensi yang diambil oleh petugas yakni intervensi manajemen nyeri dan pemberian analgetik. Sehingga yang dirasakan nyeri pasien bisa dikelola dengan baik atau optimal dan akan mempercepat penyembuhan dan kenyamanan pasien meningkat sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang dirancang oleh perawat (Imeraj *et al.*, 2022). Menurut Agustin *et al* (2022) pelaksanaan keperawatan dukungan mobilisasi dan intervensi penunjang perawatan luka tekan dilakukan secara bertahap dengan bantuan dari keluarga pasien dalam kurun waktu 2-3 hari perawatan pertama dengan menyesuaikan kondisi pasien sehingga pasien mengalami perubahan yang

positif dalam peningkatan kesehatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang dipilih oleh petugas.

Menurut peneliti implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari pertama, kedua, dan ketiga terdapat kesesuaian dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan implementasi yang diberikan kepada klien dengan masalah ⁶nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan klien terlihat meringis begitupun dengan masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan klien mengeluh saat menggerakkan ekstremitas dikarenakan nyeri. Klien menunjukkan peningkatan proses penyembuhan dalam hal ini menandakan tindakan yang dilakukan sudah tepat setelah dilakukan perawatan selama 3 x 8 jam keadaan pasien menjadi baik atau nyeri pasien menurun. Menurut peneliti jika implementasi sudah tidak dilakukan pasien mengalami perubahan yang positif dalam peningkatan kesehatan sesuai dengan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (OTEK) standar intervensi keperawatan Indonesia dan jika implementasi masih dilanjutkan kondisi pasien masih buruk dan segera diatasi sesuai dengan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (OTEK) standar intervensi keperawatan Indonesia.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi perawatan selama 3 hari menunjukkan perkembangan yang baik bagi klien. ⁷⁶Hal ini menunjukkan telah terjadi perubahan positif dalam evaluasi keperawatan dengan menunjukkan peningkatan kondisi pasien. Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan Tn. M menggunakan metode SOAP pada hari pertama masalah keperawatan yang dialami klien belum teratasi. Pada hari kedua masalah yang dialami klien teratasi sebagian.

Sedangkan hari ketiga mengalami peningkatan masalah yang dialami klien teratasi dan menunjukkan kondisi yang lebih baik begitupun dengan evaluasi diagnosa yang kedua.

Menurut Sifa'ur Rohma *et al* (2023) ² evaluasi keperawatan yang diharapkan pada klien dengan diagnosa nyeri akut *post* operasi laparotomi *appendicitis* adalah keluhan nyeri pada pasien menurun, pasien sudah tidak terlihat meringis dan sikap protektif pasien menurun. Menurut Boerrigter *et al* (2022) evaluasi keperawatan yang diharapkan pada klien dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik pada pasien *post* operasi laparotomi *appendicitis* adalah kekuatan otot pasien meningkat, nyeri yang dikeluhkan pasien menurun, gerakan pasien yang terbatas bisa menurun.

Menurut peneliti evaluasi keperawatan selama perawatan 3 hari menunjukkan perkembangan kondisi klien dan penurunan tanda gejala terjadinya komplikasi nyeri tersebut teratasi sehingga kualitas pemulihan fisik dan psikologis pasien akan meningkat. Hari pertama menunjukkan bahwa kriteria hasil belum tercapai atau teratasi dikarenakan keluhan dan tanda gejala nyeri masih ada. Diahari kedua adanya penurunan nyeri dengan skala 5 menjadi skala 4 ditunjukkan dengan penilaian nyeri, respon nyeri non verbal dan memberikan pemberian obat analgetik sesuai dosis yang diberikan kepada dokter dan pada hari ketiga nyeri yang dirasakan menurun dengan skala nyeri 3. Begitupun dengan pemulihan fisik pada hari pertama pasien menunjukkan bahwa kriteria hasil belum tercapai atau teratasi dikarenakan keluhan dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik pasien masih dengan kriteria tanda gejala mayor dan minor sedangkan hari kedua adanya peningkatan dalam bergerak tapi masih dibantu dengan keluarga ditunjukkan dengan pasien

melakukan mobilitas dini yang di anjurkan oleh petugas dan keluarga sangat antusias untuk membantu pasien dan hari ketiga gangguan mobilitas fisik teratasi dan tidak dilanjutkan dikarenakan pasien sudah bisa mobilitas mandiri.



BAB 5

³⁶ KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan terhadap Tn. M yang mengalami post operasi laparatomi appendicitis mengatakan nyeri perut kanan bagian bawah pusar bekas operasi. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul. Nyeri yang dirasakan berat dengan skala nyeri 7. Pasien mengatakan nyeri apabila dipakai untuk bergerak. Pasien mengeluh tidak bisa duduk dikarenakan setelah operasi. Sesuai dengan observasi keadaan umum mengalami kelemahan pada tubuh klien, terlihat meringis dan aktivitas dibantu oleh keluarganya.
2. Diagnosa yang muncul pada Tn.M adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien tampak meringis dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan mengeluh saat menggerakan ekstremitas dikarenakan nyeri.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan SLKI 2019 selama 3 x 8 jam dengan keluhan nyeri menurun dan keluhan bergerak menurun.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan dengan pengamatan, tindakan mandiri, penyuluhan dan kerja sama dengan mengikuti tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan SIKI 2019 untuk mencapai sasaran atau target yang diharapkan selama 3 x 8 jam.
5. Evaluasi perawatan pada klien yang mengalami masalah nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik teratasi dengan ditandai keluhan nyeri menurun dan keluhan bergerak menurun.

5.2 Saran

Berdasarkan beberapa saran yang sesuai dengan kesimpulan yaitu sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan kepada pasien dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang diberikan, pasien menjalankan pola hidup yang sehat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. dan diharapkan peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan pasien dalam memantau aktivitas selama proses diet, mengontrol makanan sesuai anjuran dokter, menerapkan pola hidup yang sehat dan rutin memeriksakan luka *post* operasi ke fasilitas kesehatan.

2. Bagi perawat

Bagi perawat diharapkan saat proses pemberian asuhan keperawatan pada klien pelayanan yang optimal dapat diberikan khususnya pada klien *post* operasi laparotomi *appendicitis* sehingga saat proses penyembuhan agar berjalan lebih cepat.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti masa depan harus dapat memanfaatkan waktunya dengan bijak, memberikan asuhan keperawatan yang prima dan melakukan penelitian dengan berbagai diagnosa khususnya peneliti yang memberikan asuhan keperawatan pada klien *post* operasi laparotomi *appendicitis*.

DAFTAR PUSTAKA

- 15 Agustin, I., Putri, P., Mulyadi, Endriyani, S., & Oktaviani, L. (2022). Implementation Of Mobilization Support Nursing in Post-Operational Section Caesarian Patients With Physical Mobility Disorders. *Journal of Applied Nursing and Health*, 4(1), 76–84. <https://doi.org/10.55018/janh.v4i1.58>
- 18 Anggita, H. D. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny."S" dengan Adenocarcinoma Colon Post Laparotomi di Bangsal Cendana 2 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. STIKES Notokusumo Yogyakarta.
- 43 Anharuddin, M. (2023). *Gambaran Karakteristik Pasien Bedah Anak Dengan Apendisitis Di RSUD Raden Mattaher Tahun 2019-2022*. kedokteran.
- 47 Aslam, V., Iqbal, K., Abbas, K., Khan, S., Khan, A. G., & Hussain, S. A. (2023). Laparoscopic Treatment of Perforated Appendicitis. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 17(2), 399–401. <https://doi.org/10.53350/pjmhs2023172399>
- 16 Berger, S. E., & Baria, A. T. (2022). Assessing Pain Research: A Narrative Review of Emerging Pain Methods, Their Technosocial Implications, and Opportunities for Multidisciplinary Approaches. *Frontiers in Pain Research*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.896276>
- 10 Boerrigter, J. L., Geelen, S. J. G., van Berge Henegouwen, M. I., Bemelman, W. A., van Dieren, S., de Man-van Ginkel, J. M., van der Schaaf, M., Eskes, A. M., & Besselink, M. G. (2022). Extended Mobility Scale (AMEXO) for Assessing mobilization and Setting Goals After gastrointestinal and Oncological Surgery: A before-After Study. *BMC Surgery*, 22(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01445-3>
- 27 Bosnjakovic, A. (2022). The Contribution of Nursing to Health Care Seen Through the "White heart" Symbol. *Education and Research in Health Sciences*, 1(2), 75–79. <https://doi.org/10.5937/erhs1-36535>
- 33 Brown, A. (2023). Assessing and Managing Wound Pain. *Practice Nursing*, 34(1), 10–15. <https://doi.org/10.12968/pnur.2023.34.1.10>
- 26 Chappell, A. G., Yang, C. S., & Dumanian, G. A. (2021). Surgical Treatment of Abdominal Wall Neuromas. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 9(5), e3585. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003585>
- 13 Chowdegowda, G. K., Arya, S. V., Sharma, A. K., Kalwaniya, D. S., & Bajwa, J. S. (2020). A comparative study to determine the role of pre and post-operative antibiotic therapy versus only pre-operative antibiotic therapy in patients of non-perforated acute appendicitis. *International Surgery Journal*, 7(10), 3305. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20204127>
- 83 De La Cruz Vallejo, R. N. (2023). *Relación neutrófilos-linfocitos y plaquetas-linfocitos como predictores para apendicitis aguda perforada en niños del Hospital Regional de Ayacucho 2017-2019*.
- Ennals, P., & Fossey, E. (2021). Working with clients. In *Occupational Therapy in*

- Australia* (pp. 122–129). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003150732-12>
- ²³ Gokce, E. U. (2022). Qualitative Research Process Based On Explanation And Understanding In International Relations Studies, Methods And Computer Assisted Data Anaysis. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute*. <https://doi.org/10.30794/pausbed.1116961>
- Halisyah, L. N. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Balita Dengan Post Operasi Laparatomi Appendicitis Di Ruang Yudistira Rsud Jombang*. ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang.
- Hargett, J., Criswell, A., & Palokas, M. (2022). Nonpharmacological Interventions for Acute Pain Management in Patients With Opioid Abuse or Opioid Tolerance: A Scoping Review. *JB1 Evidence Synthesis*, 20(11), 2697–2720. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00169>
- Hastuti, T. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Peritonitis generalisata Ec Perforasi Appendix Post Operasi Appendectomy Laparatomy di Ruang Cendana 2 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. STIKES Notokusumo Yogyakarta.
- lik Ananda, I. I. K. (2024). *Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Di RSUD Bung Karno*. Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Imeraj, Z., Veseli (Bego), D., & Pirushi, R. (2022). The Role of Nursing Staff in Pain Management of Patients with Cancer. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(G), 455–460. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9386>
- Kadovic, M., Corlika, S., & Dokuzovic, S. (2023). Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5678. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095678>
- Koshevsky, Alekseev, & Popkov. (2022). Surgical Treatment Of Acute Appendicitis: Laparascovic vs. Open Appendectomy? *Medical Journal*, 78–81. <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2022.2.78>
- Liu, J., Chen, L., Long, C., Zhang, X., Gao, F., Duan, X., & Xiang, Z. (2022). Effect of A Preoperative Mobilization Program on Perioperative Complications and Function recovery Older Adults With Femoral Neck Fracture. *Geriatric Nursing*, 44, 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.01.003>
- Lutfiatul Rohimah, R. (2023). *Studi Kasus Pengkajian Status Nutrisi Terhadap Proses Penyembuhan Luka Pasca Opeasi Apendiktomi Pada Pasien Apendisititis*. STKes Muhammadiyah Ciamis.
- Mariati, H., Julyani, S., Syamsu, R. F., & Sa'diyah, H. (2022). Gambaran Faktor-Faktor Mempengaruhi Pasien Appendisititis Terhadap Pemeriksaan USG di

- RS. Ibnu Sina Tahun 2016-2018. *Fakumi Medical Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 2(1), 51–58.
- Miladina Zahra, A. (2023). *Perbandingan Keakuratan Skor Alvarado Dan Ripasa Pada Pasien Apendisitis Akut Di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung Periode Tahun 2019-2022*.
- Mu'minina, L. N. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Post Laparotomi Appendicitis Di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG.
- Nadianti, R. N., & Minardo, J. (2023). Manajemen Nyeri Akut pada Post Laparotomi Apendisitis di RSJ Prof. Dr. Sorejo Magelang: Acute Pain Management in Post Laparotomy Appendicitis at RSJ Prof. Dr. Sorejo Magelang. *Journal of Holistics and Health Sciences*, 5(1), 75–87.
- Nazila, D., Almaini, A., Misniarti, M., & Widiawati, F. Y. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S Dengan Post Op Apendicitis Dengan Implementasi Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri Perawatan Luka Operasi Di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong*. Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
- Purwanti, O. S., Anayanti, I. D., Ners, P. P., Surakarta, U. M., Keperawatan, P. I., Surakarta, U. M., Bangsal, P., & Inap, R. (2025). Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Pada Application of Finger Grops Relaxation Techniques in Appendectomy Patients. 17(1), 128–135.
- Qualitative Data Analysis. (2022). In *Research Methods* (pp. 113–122). WORLD SCIENTIFIC. https://doi.org/10.1142/9789811256943_0011
- Rachmawati, R., Mardiyantoro, F., Silviana, N. M., Nugraeni, Y., & Amran, A. J. (2022). *Nyeri Intraoral: Buku Ajar*. Universitas Brawijaya Press.
- Rahmawati, A. F. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Nn. "G" dengan Pre dan Post Operasi Appendectomy di Ruang Setyaki RSUD Panembahan Senopati Bantul*. STIKES Notokusumo Yogyakarta.
- Rao, A. D., Tan, C. B. D., & Singaporewalla, MD, R. M. (2022). Laparoscopic Appendectomy Translates into Less Analgesics and Faster Return to Work in Asia. *JSLs: Journal of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*, 26(2), e2022.00006. <https://doi.org/10.4293/JSLs.2022.00006>
- Santoso, S. D. R. P. (2022). Penerapan Intervensi Berdasarkan Evidence Based Nursing: Nafas Dalam dan Genggam Jari Pada Nyeri Post Appendectomy. *Well Being*, 7(2), 125–134. <https://doi.org/10.51898/wb.v7i2.192>
- Saputri, A. A. A. (2023). *Asuhan keperawatan Pada Ny. A Dengan Masalah Nyeri Akut Post Operasi Laparotomi Appendicitis Hari Pertama Di Ruang Yudhistira RSUD Jombang*. ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang.
- Sifa'ur Rohma, Tiara Fatma Pratiwi, Faishol Roni, H. Arif Wijaya, & Ahmad Wahid. (2023). Nursing Care Post Operational Appendicitis Patients With Nursing Problems Acute Pain In Bima Room RSUD Jombang. *Journal for Quality in Women's Health*, 6(1), 68–71.

- <https://doi.org/10.30994/jqwh.v6i1.208>
- Sulthana, R. (2023). Effectiveness of Post Operative Physiotherapy After Emergency Laparotomy to Prevent Post Pulmonary Complications and Promote Early Mobilization” – A Case Report. *PARIPEX INDIAN JOURNAL OF RESEARCH*, 36–37. <https://doi.org/10.36106/paripex/1601242>
- Supratiwi, C. A., Wahyuni, L., & Soémah, E. k a N. u r. (2024). *Hubungan Gaya Hidup (Life Style) Terhadap Kejadian Apenditis Di Ruang Bedah RSUD dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto*. Perpustakaan Universitas Bina Sehat.
- Susmiyanti, E. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparotomi Apendisitis Di Ruang Yudhistira Rsud Jombang*. ITS Kes ICMc Jombang.
- ⁷⁹ Taufiq El-Haque, I., & Ismayanti, I. (2022). Pendampingan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Apendisitis. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(3), 238–253. <https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v2i3.79>
- WEBER, G., BRAS HARRIOTT, C., CASAS, M. A., & SADAVA, E. E. (2023). Laparoscopic Approach for the Treatment of Acute Complications After Appendectomy: A Systematic Review. *Minerva Surgery*, 78(4). <https://doi.org/10.23736/S2724-5691.22.09835-5>
- Zhong, F., Zhang, H., Peng, Y., Lin, X., Chen, L., & Lin, Y. (2024). A Predictive Nomogram for Intensive Care-Acquired Weakness after Cardiopulmonary Bypass. *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 30(1), oa.23-00029. <https://doi.org/10.5761/ates.23-00029>

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN PASCA OPERASI LAPARATOMI APPENDICITIS (Di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

ORIGINALITY REPORT

19%	16%	4%	14%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	pdfcoffee.com Internet Source	4%
2	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	2%
3	repository.stikeswirahusada.ac.id Internet Source	1%
4	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	1%
5	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
6	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	1%
7	perawat.org Internet Source	1%
8	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur II Student Paper	<1%
9	www.coursehero.com Internet Source	<1%
10	Submitted to Central Queensland University Student Paper	<1%

11	repository.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	<1 %
12	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1 %
13	Submitted to The University of Texas at Arlington Student Paper	<1 %
14	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1 %
15	pdfs.semanticscholar.org Internet Source	<1 %
16	Submitted to Glasgow Caledonian University Student Paper	<1 %
17	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II Student Paper	<1 %
18	eprints.stikes-notokusumo.ac.id Internet Source	<1 %
19	repository.umj.ac.id Internet Source	<1 %
20	Dessy Noor Rahmadhani, Okti Sri Purwanti, Ika Diyah Anayanti. "PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI PADA PASIEN APPENDIKTOMI DENGAN MASALAH GANGGUAN NYERI POST OPERASI", JURNAL RISET KESEHATAN POLTEKKES DEPKES BANDUNG, 2025 Publication	<1 %
21	jqwh.org Internet Source	<1 %

Submitted to Massey University

22	Student Paper	<1 %
23	jurnal.staialhidayahbogor.ac.id Internet Source	<1 %
24	sriwahyully.blogspot.com Internet Source	<1 %
25	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	<1 %
26	www.scholars.northwestern.edu Internet Source	<1 %
27	Submitted to University of Hull Student Paper	<1 %
28	eprintslib.ummgl.ac.id Internet Source	<1 %
29	www.tcmb.gov.tr Internet Source	<1 %
30	Submitted to Universitas Jambi Student Paper	<1 %
31	repo.poltekkesbandung.ac.id Internet Source	<1 %
32	www.repronote.com Internet Source	<1 %
33	Submitted to Monash University Student Paper	<1 %
34	Submitted to University of Newcastle Student Paper	<1 %
35	repository.bku.ac.id Internet Source	<1 %

Submitted to Universitas Merdeka Malang

36	Student Paper	<1 %
37	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
38	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	<1 %
39	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
40	Submitted to Adtalem Global Education Student Paper	<1 %
41	cris.usil.edu.pe Internet Source	<1 %
42	nersdeddy.blogspot.com Internet Source	<1 %
43	repository.unja.ac.id Internet Source	<1 %
44	docobook.com Internet Source	<1 %
45	Submitted to fpptijateng Student Paper	<1 %
46	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1 %
47	pjmhsonline.com Internet Source	<1 %
48	Submitted to Poltekkes Kemenkes Pontianak Student Paper	<1 %
49	Submitted to Rushmore Business School Student Paper	<1 %
50	repository.poltekkes-smg.ac.id Internet Source	<1 %

51	vdocuments.site Internet Source	<1 %
52	123dok.com Internet Source	<1 %
53	Submitted to UM Surabaya Student Paper	<1 %
54	Submitted to Universitas Pendidikan Ganesha Student Paper	<1 %
55	Submitted to University of Huddersfield Student Paper	<1 %
56	ch4m13mmyself.blogspot.com Internet Source	<1 %
57	icarezahardiansyah.wordpress.com Internet Source	<1 %
58	setiakawan29.blogspot.com Internet Source	<1 %
59	www.researchgate.net Internet Source	<1 %
60	fdokumen.id Internet Source	<1 %
61	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1 %
62	jurnal.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	<1 %
63	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	<1 %
64	repository.wima.ac.id Internet Source	<1 %

65

www.scribd.com

Internet Source

<1 %

66

Hasrianti Hasrianti, Aryadi Arsyad, Andi Nilawati Usman, Sri Ramadany, Werna Nontji, Mahmud Hafsa. "EFEK PERMEN KARET, MADU, DAN MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULIHAN PERISTALTIK USUS DAN WAKTU FLATUS PADA PASIEN POST SEKSIO SESAREA", GEMA KESEHATAN, 2024

Publication

<1 %

67

Meilany D. Wongkar, Joudy Gessal, Leonard S. Angliadi. "ANALISIS TINGKAT KEPUASAN PASIEN TERHADAP PENANGANAN TERAPI OKUPASI DI INSTALASI REHABILITASI MEDIK RSUP PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO", e-CliniC, 2015

Publication

<1 %

68

eprints.kertacendekia.ac.id

Internet Source

<1 %

69

eprints.poltekkesjogja.ac.id

Internet Source

<1 %

70

kmbdkp.blogspot.com

Internet Source

<1 %

71

ouci.dntb.gov.ua

Internet Source

<1 %

72

rep.bsmu.by

Internet Source

<1 %

73

repository.lp4mstikeskhg.org

Internet Source

<1 %

74

repository.unissula.ac.id

Internet Source

<1 %

75	solatomo.blogspot.com Internet Source	<1 %
76	Annissa Amalia Putry, Nurul Istiqomah, Anggi Luckita Sari. "Pengaruh Permainan Lego Terhadap Perkembangan Motorik Halus Pada Anak", Malahayati Nursing Journal, 2025 Publication	<1 %
77	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh Student Paper	<1 %
78	dionchagi.wordpress.com Internet Source	<1 %
79	journal.inspira.or.id Internet Source	<1 %
80	pelatihank3terbaru.wordpress.com Internet Source	<1 %
81	repository.stikeshangtuh-sby.ac.id Internet Source	<1 %
82	repository.umi.ac.id Internet Source	<1 %
83	www.ijsurgery.com Internet Source	<1 %
84	askep.id Internet Source	<1 %
85	doku.pub Internet Source	<1 %
86	bangeud.blogspot.com Internet Source	<1 %

Exclude quotes	Off	Exclude matches	Off
Exclude bibliography	Off		