

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP APENDIKTOMI
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN
DI RUANG MELATI RSUD KOTA KENDARI
TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH

*Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
Diploma III Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Keperawatan*



Oleh :

**REONALDI APRIZAL
NIM. P00320015043**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEPERAWATAN
T.A 2018/2019**

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP APENDIKTOMI
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN
DI RUANGAN MELATI RSUD KOTA KENDARI
TAHUN 2018**

Disusun dan diajukan oleh:

REONALDI APRIZAL
NIM. P00320015043

Telah dipertahankan pada Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah didepan TIM Penguji

Pada Hari/Tanggal : Kamis, 09 Agustus 2018

Dan telah dinyatakan memenuhi syarat

Tim Penguji :

1. Abdul Syukur Bau, S.Kep.,Ns.,MM
2. Reni Devianti Usman, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.,KMB
3. Fitri Wijayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
4. Indriono Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes
5. Nurfantri, S.Kep.,M.S.c

(.....)
(.....)
(.....) (B)
(.....)
(.....)

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan


Indriono Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Nip. 19700330 199503 1 001



SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Reonaldi Aprizal

Nim : P00320015043

Institusi pendidikan : Jurusan Keperawatan


Judul proposal : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST
OP ' APENDIKTOMI DALAM PEMENUHAN
KEBUTUHAN RASA NYAMAN DI RUANGAN
MELATI RSUD KOTA KENDARI TAHUN 2018**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kendari, 09 Agustus 2018

Yang Membuat Pernyataan,



REONALDI APRIZAL

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

1. Nama : Reonaldi Aprizal
2. Tempat Tanggal Lahir : Kendari, 21 April 1997
3. Suku / Bangsa : Muna Tolaki/ Indonesia
4. Jenis Kelamin : Laki-laki
5. Agama : Islam

B. Pendidikan

1. SD Negeri 07 Mandonga Tamat Tahun 2009
2. SMP 08 Kendari Tamat Tahun 2012
3. SMA Negeri 07 Kendari Tamat Tahun 2015
4. Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan Masuk tahun 2015

MOTTO

Ketika kita yakin pasti kita bisa

Dan

Ketika kita percaya semuanya

Akan menjadi nyata

Tiada hasil tanpa perjuangan

*Kupersembahkan karya tulis ini teruntuk Ayah dan Ibu
tercinta, Keluarga, Almameter, Agama, Nusa dan Bangsa yang selalu
memberikan kasih dan mendoakan, yang menjadi kebanggaan,
pedoman hidup, dan tempatku berpijak dalam menyelesaikan
penulisan karya tulis ilmiah ini.*

Reonaldi Aprizal

ABSTRAK

REONALDI APRIZAL.NIM.P00320015043”Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Apendektomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Melati RSUD Kota Kendari Tahun 2018”.Pembimbing I : Indriono Hadi S.Kep.,Ns.,M.Kes dan Pembimbing II: Nurfantri S.Kep.,Ns.,M.Sc Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks).Tindakan pengobatan terhadap apendisitis dapat dilakukan dengan cara operasi. Operasi apendik dilakukan dengan cara apendektomi yang merupakan suatu tindakan pembedahan membuang apendiks.Salah satu faktor yang terjadi pada pasien yaitu terganggunya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi dan mengatasi ketidaknyamanan klien yaitu dengan menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam.Tujuan studi kasus ini adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien post operasiapendektomi dalam pemenuhan kebetuhan rasa nyaman di ruang melati RSUD Kota Kendari tahun 2018.Desain penelitian studi kasus ini, responden yaitu pasien post operasi apendektomi yang mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.Metode pengumpulan datayang digunakan yaitu wawancara,observasi dan dokumentasi,dengan menggunakan format asuhan keperawatan. Hasil pengkajian yang di dapatkan dari pasien post operasi apendektomi masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan rasa nyaman. Intervensi yang dilakukan selama 3 hari perawatan. Hasil evaluasi pada pasien post operasi apendektomi yang didapatkan masalah gangguan rasa nyaman dapat teratasi. Pada pasien post operasi apendektomi dengan masalah gangguan rasa nyaman hendaknya berlatih tehnik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan dapat mengurangi rasa nyeri.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, post operasi apendektomi, tehnikrelaksasi nafas dalam.

KATA PENGANTAR

Tiada kata yang paling indah dan paling mulia yang patut penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa kecuali rasa syukur atas rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Apendiktomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Melati RSUD Kota Kendari.”

Dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini penulis sadari amat banyak aral yang melintang, namun berkat Allah SWT yang senantiasa memberi petunjuk-Nya serta keyakinan pada kemampuan diri sendiri, sehingga segala hambatan yang penulis hadapi dapat teratasi. Terimakasih yang tak ternilai serta sembah sujud penulis ucapkan kepada Kedua orang tua yang amat kucintai, Ayahanda Ridwan dan Ibunda Irwanti atas segala doa dan kasih sayang yang tak henti-hentinya tcurahkan demi keberhasilanku serta semua pengorbanan materil yang telah dilimpahkan, tanpa restu keduanya penulis tidak ada apa-apanya.

Selanjutnya penulis ucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada kedua pembimbingku Bapak Indriono Hadi S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing I dan Ibu Nurfantri S.Kep.,Ns.,M.S Selaku Pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan keikhlasan membimbing penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Pada kesempatan ini penulis tidak lupa juga mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada yang terhormat :

1. Ibu Askrening, SKM., M.Kes Selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari.
2. Kepala Kantor Badan Riset Sultra yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis dalam penelitian ini
3. Bapak Indriono Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari.
4. Abdul Syukur Bau S.Kep.,Ns.,MM, Reni Devianti Usman S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Penguji II dan Ibu Witri Wijayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji III yang telah membantu dan

mengarahkan penulis dalam ujian Proposal sehingga penelitian ini dapat lebih terarah.

5. Bapak / Ibu Dosen Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan yang turut membekali ilmu pengetahuan pada penulis selama kuliah.
6. Saudariku tersayang Renita dan yang selalu memberikan dukungan dan kasih sayangnya.
7. Terakhir, teruntuk sahabat-sahabatku, Iking , Apriandi, Nining selva marsentiani dan serta teman-teman angkatan 2015 khususnya teman-teman tingkat III A dan III B, yang telah memberikan motivasi dan dukungan selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan peneliti selanjutnya di Politeknik Kesehatan Kendari serta kiranya Tuhan selalu memberi rahmat kepada kita semua. Amin.

Kendari, 09 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	i
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	ii
KEASLIAN TULISAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
HALAMAN MOTTO	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Studi Kasus	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori	6
B. Konsep Dasar Gangguan Rasa Nyaman	10
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Desain Studi Kasus	36
B. Subyek Studi Kasus	36
C. Fokus Studi	36
D. Definisi Operasional	36
E. Lokasi Dan Waktu Studi	38
F. Pengumpulan data	39
G. Penyajian data	40
H. Etika studi kasus	40
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. HASIL STUDI KASUS	41

B. PEMBAHASAN.....	52
BAB V PENUTUP	
A. KESIMPULAN.....	58
B. SARAN.....	59
DAFTAR PUSTAKA.	
LAMPIRAN.	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. skala nyeri

Gambar 4.1 Genogram

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Nyeri

Tabel 4.1 Analisa Data

Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.3 Implentasi Keperawatan

Tabel 4.5 Evaluasi Keperawatan

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Keterangan Bebas Administrasi
- Lampiran 2. Surat Keterangan Bebas Pustaka
- Lampiran 3. Surat Izin Pengambilan Data Awal Penelitian
- Lampiran 4. Surat Pengantar Pengambilan Data Awal
- Lampiran 5. Surat Pengantar Penelitian
- Lampiran 6. Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 7. Lembar Konsul Perbaikan Proposal
- Lampiran 8. Lembar Konsul KTI
- Lampiran 9. Surat Permohonan Izin Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. LatarBelakang

Pengertian kesehatan menurut WHO dalam Nona (2013), sehat adalah keadaan sejahtera secara fisik, mental dan social yang merupakan satu kesatuan bukan hanya terbebas dari penyakit maupun cacat. Sejalan dengan definisi sehat menurut WHO, menurut UU kesehatan No. 32 tahun 2009 sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial sehingga meningkatkan setiap orang dapat hidup produktif secara social dan ekonomi. Data dari WHO (World Health Organization) menyebutkan bahwa insiden apendisitis pada tahun 2014 apendisitis menempati urutan delapan sebagai penyebab utama kematian di dunia dan di perkiran pada tahun 2020 akan menjadi penyebab kematian kelima di seluruh dunia.

Apendisitis adalah suatu kondisi dimana infeksi terjadi diumbai cacing apendiks, Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan. Tetapi banyak kasus memerlukan laparatomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi sebagai penyakit yang paling sering memerlukan tindakan bedah kedaruratan, dan melekat pada sekum (Kowalak, 2011).

Peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini biasa menyebabkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya. (De Jong.,W.2005).

Sebagai akibat terlipat atau tersumbat, kemungkinan oleh fekalit (massa keras dari feses), tumor, atau benda asing. Proses inflamasi meningkat tekanan intra luminal, menimbulkan nyeri abdomen atas atau menyebar hebat secara progresif dalam beberapa jam, terlokalisasi di kuadran kanan bawah dari abdomen. Akhirnya apendiks yang terinflamasi berisi pus (Efendi 2008).

Dampak dan gejala peradangan pada usus buntu yang umum terjadi adalah timbulnya rasa muntah dan rangsangan pritonium viseral. Dalam waktu 2-12 jam seiring dengan iritasi peritoneal, nyeri perut akan berpindah kekuadran kanan bawah yang menetap dan diperberat dengan batuk dan berjalan nyeri akan semakin progresif dan dengan pemeriksaan akan menunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal sehingga menimbulkan hambatan rasa nyaman (Saditya, 2014).

Menurut Hidayat Aziz, 2008 mengatakan bahwa nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan di ikuti oleh reaksi fisik, fisiologis dan emosional, sehingga menimbulkan masalah apendiksitis.

Masalah yang timbul ketika seseorang mengalami apendiksitis atau inflamasi usus adalah terjadinya obstruksi lumen yang dapat mendukung terjadinya perkembangan bakteri dan sekresi mukus, dan memunculkan tanda dan gejala lainya, seperti anoreksia, malaise, demam serta menyebabkkn distensi lumen dan peningkatan tekanan dinding lumen,dan dapat menimbulkan nyeri pada abdomen.

Nyeri pada abdomen akan semakin progresif dan dengan pemeriksaan akan menunjukkan satu titik dengan nyeri yang maksimal,kemudian dalam waktu 2-12

jam seiring dengan iritasi peritoneal, nyeri tersebut akan berpindah ke kuadran kanan bawah yang menetap, dan harus memerlukan tindakan asuhan keperawatan secara intensif dan komprehensif.

Tindakan intensif dalam asuhan keperawatan yang harus dilakukan pada pasien apendiksitis tersebut yaitu dengan menggunakan terapi relaksasi nafas dalam guna untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien.

Data dari WHO (World Health Organization) menyebutkan bahwa insiden apendiksitis pada tahun 2014 apendiksitis menempati urutan delapan sebagai penyebab utama kematian di dunia dan di perkirakan pada tahun 2020 akan menjadi penyebab kematian kelima di seluruh dunia.

Menurut perkiraan WHO, terdapat 20 juta orang menderita apendiksitis derajat sedang sampai dengan berat. Lebih dari 3 juta orang sakit karena apendiksitis pada tahun 2014, sekitar 5% dari jumlah semua secara global (Rizal efendi 2011).

Di indonesia insiden apendisitis cukup tinggi, terlihat dengan adanya peningkatan jumlah pasien dari tahun ketahun data yang diperoleh Depkes (2008). Kelompok usia yang umumnya yang mengalami apendisitis yaitu pada usia antara 20 sampai 30 tahun (Rahayu 2011).

Berdasarkan survey kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 2011, penyakit apendisitis menduduki peringkat keempat penyebab sakit di indonesia setelah sistem sirkulasi, infeksi dan parasit. Hasil survei penyakit di 5 rumah sakit provinsi di Indonesia pada tahun 2011, menunjukkan apendiksitis menempati urutan kelima penyumbang angka kesakitan (25%) (Depkes RI,2012).

Dari data RSUD Kota Kendari menunjukkan penderita Apendisitis pada tahun 2015 sebanyak 279 orang, diantaranya perempuan sebanyak 171 orang dan laki-laki 108 orang, kemudian tahun 2016 sebanyak 278 orang diantaranya perempuan 150 dan laki-laki 128, dan pada tahun 2017 menunjukkan sebanyak 332 orang (Rekam Medik dan SIRS RSUD kota kendari tahun 2017).

Berdasarkan pembahasan latar belakang diatas maka penulis tertarik meneliti judul, Gambaran asuhan keperawatan pada pasien pre-operatif apendisitis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman RSUD kota kendari, sulawesi tenggara.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada studi kasus ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada pasien Post Op Apendiktomi dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman di RSUD kota Kendari Sulawesi Tenggara Tahun 2018”**.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan

Tujuan penelitian ini yaitu bagaimana asuhan keperawatan pada pasien post op apendiktomi dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan tehnik relaksasi nafas dalam.

D. Manfaat Penulisan.

1. Manfaat bagi penulis.

a. Mendapatkan pengalaman dan dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Apendiktomi.

b. Menambah pengetahuan, wawasan dan pengalaman dalam penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan Apendiktomi.

2. Manfaat bagi institusi.

Adapun manfaat bagi institusi adalah sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan, dapat sebagai acuan ataupun referensi dalam pembelajaran dalam institusi.

3. Manfaat bagi masyarakat khususnya pasien dan keluarga.

Adapun manfaat bagi masyarakat khususnya pasien dan keluarga adalah untuk mengetahui cara mengatasi terjadinya apendisitis dan cara mengatasi gerakan yang menimbulkan sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Definisi Apendiktomi

Apendiktomi adalah peradangan dari apendiks vermiformis, apendisitis akut biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks yang diakibatkan oleh fekalit/apendikdolit, hiperplasia limfoid, benda asing, parasit, neoplasma, atau striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya. Apendiks memiliki panjang bervariasi sekitar 6 hingga 9 cm. Obstruksi lumen yang terjadi mendukung perkembangan bakteri dan sekresi mukus sehingga menyebabkan distensi lumen dan peningkatan tekanan dinding lumen. Tekanan yang meningkat akan menghambat aliran limfe sehingga menimbulkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat tersebut, terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri periumbilikal. (Wibosono.E.W Sadya W.,2014).

Apendiktomi adalah peradangan dari apendik periformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Dermawan & Rahayuningsih,2010).

2. Manifestasi Klinis

Keluhan apendiktomi dimulai dari nyeri diperiumbilikus dan muntah dan rangsangan peritonium viseral. Dalam waktu 2-12 jam seiring dengan iritasi peritoneal, nyeri perut akan berpindah kekuadran kanan bawah yang menetap

dan diperberat dengan batuk dan berjalannya. nyeri akan semakin progresif dan dengan pemeriksaan akan menunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Gejala lain yang dapat ditemukan adalah anoreksia, malaise demam, tek. terlalu tinggi konstipasi diare, mual, dan muntah.

3. Patofisiologi Apendiktomi

Apendiktomi biasanya disebabkan adanya penyumbatan lumen apendiks yang dapat diakibatkan oleh fekalit/atau apendikolit, hiperplasia limfoid, benda asing, parasit, mioplasma atau striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya.

Obstruksi lumen yang terjadi mendukung perkembangan bakteri dan sekresi mukus sehingga menyebabkan distensi lumen dan peningkatan tekanan dinding lumen. Tekanan yang meningkat akan menghambat aliran limfe sehingga menimbulkan edema, diapedesis bakteri dan pulserasi mukosa. Pada saat tersebut, terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri periumbilikal.

Sekresi mukus yang terus berlanjut dan tekanan yang terus meningkat menyebabkan obstruksi vena, peningkatan edema, dan pertumbuhan bakteri yang menimbulkan radang. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum sehingga timbul nyeri daerah kanan bawah. (Sadiya 2014)

4. Anatomi sistem pencernaan

a. Mulut

Merupakan satu rongga yang terbuka tempat masuknya makanan dan air mulut juga merupakan jalan masuk untuk sistem pencernaan bagian dalam

dari mulut dilapisi oleh selaput lendir. Pengecapan yang dirasakan oleh organ perasa yang terdapat oleh permukaan lida.

b. Laring (faring)

Merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan, didalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kelenjar limfe yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi, disini terletak bersimpangan antara jalan nafas dan jalan makanna, letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang.

c. Esofagus

Kerongkongan adalah tabung (tb) berotot pada vertebrata yang dilalui sewaktu makanan mengalir dari bagian mulut kedalam lambung.

d. Lambung

Lambung merupakan organ otot berongga yang besar dan menyerupai kantung dalam rongga peritonium yang terletak diantara esofagus dan usus halus. dalam keadaan kosong, lambung menyerupai tabung dan bila penuh berbentuk seperti buah pir raksasa. Lambung berfungsi sebagai gudang makanan yang berkontraksi secara sistemik untuk mencampur makanan dengan enzim - enzim.

e. Usus halus

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran saluran pencernaan yang terletak diantara lambung dan usus besar. Usus halus terdiri dari tiga

bagian yaitu usus 12 jari (duodenum), usus kosong (jejunumo) dan usus penyerapan (ileum).

f. Usus besar (kolon)

Usus besar atau kolon adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses, usus besar terdiri dari kolon asendens, kolon transversun, kolon desenden, dan kolon sigmoid. Banyaknya bakteri yang terdapat didalam usus besar berfungsi mencerna beberapa bahan dan membantu penyerapan zat - zat gizi.

g. Usus buntu

Usus buntu atau sekum dalam istilah dalam anatomi adalah suatu kantong yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar.

h. Umbai cacing (appendix)

Umbai cacing atau apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Infeksi pada orga ini disebut apendisitis atau umai cacing. Apendisitis yang parah dapat menyebabkan apendiks pecah dan membentuk nana didalam rongga abdomen atau peritonitis (infeksi rongga abdomen).

i. Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolom sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini biasanya kosong karena tinja disimpan yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk kedalam rektum,

maka timbul keinginan untuk buang air besar. (elita wibisono wifanto sadya: 2014)

5. Komplikasi

Biasanya terjadi distal dari fekalit. Suatu flegmon dari lingkaran usus yang berlekuk - lekuk serta omentum dan meradang, dapat sembuh atau menyebar atau membentuk abses periapendiks atau menyebabkan obstruksi usus. Penyebaran pada peritonitis memungkinkan kontaminasi dalam kantong pelvis atau rongga subhepatik kanan melalui usus kanan. Pileplebitis timbul dengan demam tinggi, menggigil, nyeri hepatic, dan ikterus. (schwartz shires, spencer 2000).

6. Konsep Dasar Gangguan Rasa Nyaman

a. Definisi

Kocaba (1992, dalam potter dan perry, 2006) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari – hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang suatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek:

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- 2) Sosial, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan

- 3) Psikospiritual, berhubungan dengan latar kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo hipertermi merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala tanda pada pasien.

7. Gangguan Rasa Nyaman Akibat Nyeri

a) Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Smatzler dan Bare,2002). Nyeri adalah suatu sensori subyektif dan pengalam emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual dan potensial yang dirasakan dalam kejadian – kejadian dimana terjadi kerusakan IASP (dalam potter dan perry, 2006).

b) Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan kronis. Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area rusak. Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu nyeri yang disebabkan oleh adanya kausa keganasan seperti kanker yang tidak terkontrol atau non keganasan. Nyeri kronik berlangsung lama (lebih dari enam bulan) dan akan berlanjut walaupun pasien diberi pengobatan atau penyakit tanpa sembuh. Karakteristik nyeri kronis adalah area nyeri tidak mudah diidentifikasi, intensitas nyeri sukar untuk diturunkan, rasa nyeri biasanya diturunkan, rasa nyeri biasanya meningkat, sifat nyeri kurang jelas, dan kemungkinan kecil untuk sembuh atau hilang. Nyeri kronis maligna biasanya dikaitkan dengan nyeri akibat kerusakan jaringan yang non progresif atau lebih mengalami penyembuhan.

c) Fisiologi Nyeri

Menurut Potter dan Perry (2006) terdapat 3 komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, dan reaksi stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai didalam massa berwarna abu – abu di medula spinalis terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel – sel saraf inhibitor, mencegah

stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri.

d) Respon Terhadap Nyeri

1) Respon fisiologis

Pada saat impuls nyeri ke medula spinalis menuju ke batang otak talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi *flight* atau *fight*, yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis.

2) Respon perilaku

Sensasi yang terjadi ketika merasakan nyeri yaitu gerakan tubuh yg khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh pasien sebagai respon perilaku terhadap nyeri. Respon tersebut seperti mengkerutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah ketika diajak bicara.

e) Faktor yang mempengaruhi nyeri

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak – anak dan lansia. Anak kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang sedang dilakukan perawat yang

menyebabkan nyeri. Anak – anak juga mengalami kesulitan secara verbal dalam mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Sedangkan pasien yang berusia lanjut, memiliki resiko tinggi mengalami situasi yang membuat mereka merasakan nyeri akibat adanya komplikasi penyakit dan degeneratif.

2. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki – laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berspon terhadap nyeri.

3. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introverti*)

4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan berbeda – beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makanya nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi dengan nyeri.

5. Perhatian

Tingkat seseorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6. Ansietas

Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri terapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius.

7. Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin dan menurunkan kemampuan coping sehingga menimbulkan persepsi nyeri.

8. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya namun tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah di masa yang akan datang.

9. Gaya coping

Individu yang memiliki fokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri.

10. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang – orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

f) Efek yang ditimbulkan nyeri

1. Tanda dan gejala

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan sangat penting untuk mengkaji tanda – tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom. Saat sawitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernafasan meningkat.

2. Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal.

3. Pengaruh pada aktivitas sehari – hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan higiene normal dan dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

g) Asuhan Keperawatan dalam Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri)

1. Definisi

Kebutuhan rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman, kelegaan. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. (Alimul, 2008).

Menurut Judha, et al, (2012), nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh, seringkali dijelaskan dalam istilah proses destruktif, jaringan seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut, mual dan takut.

2. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum terbagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut adalah nyeri yang timbul secara tiba-tiba dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan, serta ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung lebih dari enam bulan. (Uliyah & Hidayat, 2008).

Perbedaan nyeri akut dan kronis dapat dilihat pada tabel berikut ini.

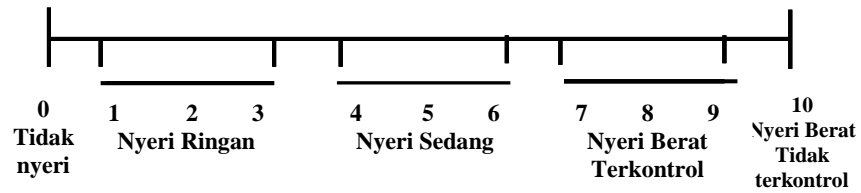
Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama.
Serangan	Mendadak / tiba-tiba	Bisa mendadak, berkembang, dan terselubung
Waktu	Sampai enam bulan	Lebih dari enam bulan, sampai bertahun-tahun
Pernyataan Nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan)
Gejala-gejala Klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi, sedikit gejala-gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus sehingga bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat.

Sumber : Long 1982 dalam (Uliyah & Hidayat, 2008).

3. Skala Nyeri

Pengukuran nyeri dapat menggunakan beberapa skala, salah satu alat untuk mengukur tingkat keparahan nyeri yaitu :

a. Skala Deskriptif Verbal



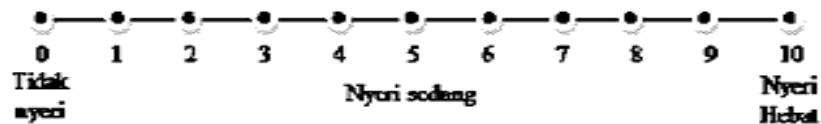
Skala ini merupakan sebuah garis yang didalamnya terdapat beberapa kalimat pendeskripsian yang tersusun dalam jarak yang sama sepanjang garis. Pada alat ukur ini, diurutkan dari tidak ada nyeri sampai nyeri paling hebat. Perawat meminta pada klien menunjukkan skala tersebut.

Penilaian skala nyeri 0-10 dapat dilihat pada penjelasan berikut.

- 1) 0 : Tidak ada rasa nyeri / normal
- 2) 1 : Nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan) seperti gigitan nyamuk,
- 3) 2 : Tidak menyenangkan (nyeri ringan) seperti dicubit
- 4) 3 : Bisa ditoleransi (nyeri sangat terasa) seperti ditonjok bagian wajah atau disuntik
- 5) 4 : Menyedihkan (kuat, nyeri yang dalam) seperti sakit gigi dan nyeri disengat tawon
- 6) 5 : Sangat menyedihkan (kuat, dalam, nyeri yang menusuk) seperti terkilir, keseleo
- 7) 6 : Intens (kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya mempengaruhi salah satu dari panca indra) menyebabkan tidak fokus dan komunikasi terganggu.

- 8) 7 : Sangat intens (kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat) dan merasakan rasa nyeri yang sangat mendominasi indra sipenderita yang menyebabkan tidak bisa berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan sendiri.
- 9) 8 : Benar-benar mengerikan (nyeri yang begitu kuat) sehingga menyebabkan sipenderita tidak dapat berfikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika nyeri datang dan berlangsung lama.
- 10) 9 : Menyiksa tak tertahankan (nyeri yang begitu kuat) sehingga sipenderita tidak bisa mentoleransinya dan ingin segera menghilangkan nyerinya bagaimanapun caranya tanpa peduli dengan efek samping atau resiko nya.
- 11) 10: Sakit yang tidak terbayangkan tidak dapat diungkapkan (nyeri begitu kuat tidak sadarkan diri) biasanya pada skala ini sipenderita tidak lagi merasakan nyeri karena sudah tidak sadarkan diri akibat rasa nyeri yang sangat luar biasa seperti pada kasus kecelakaan parah, multi fraktur.

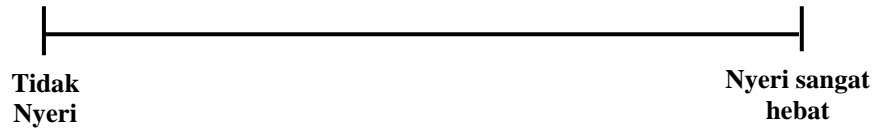
b. Skala Numerik



Skala yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam pengukuran ini, diberikan skala 0-10 untuk menggambarkan keparahan nyeri. Angka 0 berarti klien tidak merasa nyeri, sedangkan

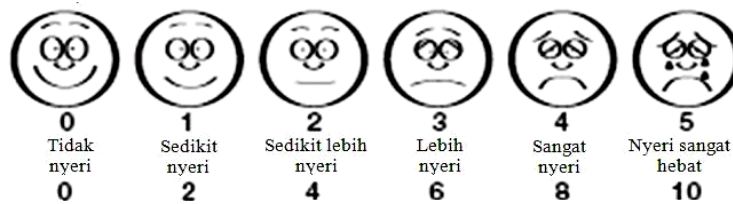
angka 10 mengindikasikan nyeri paling hebat. Skala ini efektif digunakan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapeutik.

c. Skala Analog Visual



Skala ini merupakan alat pengukuran yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus yang berbentuk garis lurus serta memiliki alat pendeskripsi verbal disetiap ujungnya. Pada skala ini, memberikan kebebasan pada pasien untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang di rasakan klien.

d. Skala *Wong Baker Faces*



Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya.

Dalam pengukuran skala nyeri, yang harus diperhatikan perawat yaitu tidak boleh menggunakan skala tersebut sebagai perbandingan untuk membandingkan skala nyeri klien. Hal ini karena diakibatkan perbedaan ambang nyeri pada tiap-tiap individu. (Prasetyo, 2010).

4. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada masalah nyeri (gangguan rasa nyaman) yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri; keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST :

- P (pemacu), yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- Q (quality) dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- R (region), yaitu daerah perjalanan nyeri.
- S (severity) adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- T (time) adalah lama / waktu serangan atau frekuensi nyeri.

5. Diagnosa Keperawatan

Terdapat beberapa diagnosis yang berhubungan dengan masalah nyeri, diantaranya :

a. Nyeri Akut berhubungan dengan pos op apendik

Kriteria hasil:

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri

- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

NIC:

- 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.
- 2) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif.
- 3) Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat.
- 4) Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
- 5) Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri.
- 6) Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- 7) Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (misalnya, tidur, nafsu makan, pengertian, perasaan, hubungan, performa kerja dan tanggung jawab peran).
- 8) Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri.

- 9) Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik individu atau keluarga atau nyeri yang menyebabkan *disability*/ketidakmampuan /kecacatan, dengan tepat.
- 10) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lainnya, mengenai efektifitas tindakan pengontrolan nyeri yang pernah digunakan sebelumnya.
- 11) Bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan.
- 12) Gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk memonitor perubahan nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus aktual dan potensial (misalnya.,catatan perkembangan, catatan harian).
- 13) Tentukan,kebutuhan frekuensi untuk melakukan pengkajian ketidaknyamanan pasien dan mengimplementasikan rencana monitor.
- 14) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.
- 15) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya.,suhu ruangan, pencahayaan, suara bising).

- 16) Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya ketakutan, kelelahan keadaan monoton dan kurang pengetahuan).
- 17) Pertimbangkan keinginan pasien untuk berpartisipasi, kemampuan yang ada, kecenderungan, dukungan dari orang terdekat terhadap metode dan kontraindikasi ketika memilih strategi penurunan nyeri.
- 18) Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penurunan nyeri, sesuai dengan kebutuhan.
- 19) Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri.
- 20) Pertimbangkan tipe dan sumber nyeri ketika memilih strategi penurunan nyeri.
- 21) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat.
- 22) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (seperti, biofeedback, TENS, hipnosis, relaksasi, bimbingan antisipatif, terapi musik, terapi bermain, terapi aktivitas, akupresur, aplikasi panas/dingin dan pijatan, sebelum, sesudah dan jika memungkinkan, ketika melakukan aktivitas yang menimbulkan nyeri; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersamaan dengan tindakan penurunan rasa nyeri lainnya).

- 23) Gali penggunaan metode farmakologi yang dipakai pasien saat ini untuk menurunkan nyeri.
- 24) Ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri.
- 25) Dorong pasien untuk menggunakan obat-obatan penurun nyeri yang adekuat.
- 26) Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan.
- 27) Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan perepan analgesik.
- 28) Implementasikan penggunaan pasien terkontrol analgesik (PCA), jika sesuai.
- 29) Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat.
- 30) Berikan obat sebelum melakukan aktivitas untuk meningkatkan partisipasi, namun (lakukan) evaluasi (mengenai) bahaya dari sedasi.
- 31) Pastikan pemberian analgesik dan atau strategi non farmakologi sebelum dilakukan prosedur yang menimbulkan nyeri.
- 32) Periksa tingkat ketidaknyamanan bersama pasien, catat perubahan dalam catatan medis pasien, informasikan petugas kesehatan lain yang merawat pasien.

- 33) Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan.
- 34) Mulai dan modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien.
- 35) Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.
- 36) Dorong pasien untuk mendiskusikan pengalamannya sesuai kebutuhan.
- 37) Beri tahu dokter jika tindakan tidak berhasil atau jika keluhan pasien saat ini berubah signifikan dari pengalaman nyeri sebelumnya.
- 38) Informasikan tim kesehatan lain/anggota keluarga mengenai strategi nonfarmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong pendekatan preventif terkait dengan manajemen nyeri.
- 39) Gunakan pendekatan multi disiplin untuk manajemen nyeri jika sesuai.
- 40) Pertimbangkan untuk merujuk pasien, keluarga dan orang terdekat pada kelompok pendukung dan sumber-sumber lainnya sesuai kebutuhan.
- 41) Berikan informasi yang akurat untuk meningkatkan pengetahuan dan respon keluarga terhadap pengalaman nyeri.
- 42) Libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan.

43) Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik.

1. Perencanaan Keperawatan

a. Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	1. Untuk mengetahui nyeri secara komprehensif
2. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	2. memudahkan dalam proses mengumpulkan informasi.
3. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi	3. agar mengetahui cara mengontrol
4. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	4. sebagai tindak lanjut terhadap tindakan yang sebelumnya di berikan.

3. Pelaksanaan (Tindakan) Keperawatan

a. Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketidakpercayaan, kesalahpahaman, ketakutan, kelelahan, dan kebosanan.

1) Ketidakpercayaan

Pengakuan perawat akan rasa nyeri yang di derita pasien dapat mengurangi nyeri. Hal ini dapat dilakukan melalui pernyataan verbal, mendengarkan dengan penuh perhatian mengenai keluhan nyeri pasien, dan mengatakan kepada pasien bahwa perawat mengkaji rasa nyeri pasien agar lebih dapat memahami tentang nyerinya.

2) Kesalahpahaman

Mengurangi kesalahpahaman pasien tentang nyerinya akan mengurangi nyeri, hal ini dilakukan dengan memberitahu pasien bahwa nyeri yang dialami sangat individual dan hanya pasien yang tahu secara pasti tentang nyerinya.

3) Ketakutan

Memberikan informasi yang tepat dapat mengurangi ketakutan pasien dengan menganjurkan pasien untuk mengepresikan bagaimana mereka menangani nyeri.

4) Kelelahan

Kelelahan dapat memperberat nyeri. Untuk mengatasinya, kembangkan pola aktivitas yang dapat memberikan istirahat yang cukup.

5) Kebosanan

Kebosanan dapat meningkatkan rasa nyeri, untuk mengurangi nyeri dapat digunakan pengalih perhatian yang bersifat terapeutik. Beberapa tehnik pengalih perhatian adalah bernafas pelan dan

berirama, memijat secara perlahan, menyanyi berirama, aktif mendengarkan musik, membayangkan hal-hal yang menyenangkan, dan sebagainya.

- b. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik-teknik seperti :

Teknik latihan pengalihan :

- 1) Menonton televisi
- 2) Berbincang-bincang dengan orang lain
- 3) Mendengarkan musik

Teknik relaksasi

Menganjurkan pasien untuk menarik nafas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara, menghembuskannya secara perlahan, melemaskan otot-otot tangan, kaki, perut, dan punggung, serta mengulangi hal yang sama sambil terus konsentrasi hingga dapat rasa nyaman, tenang, dan rileks.

Stimulasi kulit :

- 1) Menggosok dengan halus pada daerah nyeri
 - 2) Menggosok punggung
 - 3) Menggunakan air hangat dan dingin
 - 4) Memijat dengan air mengalir
- c. Pemberian obat analgesik, yang dilakukan guna mengganggu atau memblokir transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi

dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri. Jenis analgesiknya adalah narkotika dan bukan narkotika. Jenis narkotika digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan menimbulkan depresi pada fungsi vital, seperti respirasi. Jenis bukan narkotika yang paling banyak dikenal di masyarakat adalah aspirin, asetaminofen, dan bahan anti inflamasi nonsteroid. Golongan aspirin (*asetysalicylic acid*) digunakan untuk memblokir rangsangan pada sentral dan perifer, kemungkinan menghambat sintesis prostaglandin yang memiliki khasiat setelah 15-20 menit dengan efek puncak obat sekitar 1-2 jam. Aspirin juga menghambat agregasi trombosit dan antagonis lemah terhadap vitamin K, sehingga dapat meningkatkan waktu perdarahan dan protombin bila diberikan dalam dosis yang tinggi. Golongan asetaminofen sama dengan seperti aspirin, akan tetapi tidak menimbulkan perubahan kadar protombin dan jenis *nonsteroid anti inflammatory drug* (NSAID), juga dapat menghambat prostaglandin dan dosis rendah dapat berfungsi sebagai analgesik. Kelompok obat ini meliputi ibuprofen, mefenamic acid, fenoprofen, naprofen, zomepirac, dan lain-lain.

- d. Pemberian stimulator listrik yaitu dengan memblokir atau mengubah stimulus nyeri dengan stimulus yang kurang dirasakan. bentuk stimulator metode stimulus listrik meliputi:

- 1) Transcutaneous electrical stimulator (TENS), digunakan untuk mengendalikan stimulus manual daerah nyeri tertentu dengan menempatkan beberapa elektrode diluar.
- 2) Percutaneous implanted spinal cord epidural stimulator merupakan alat stimulator sumsum tulang belakang dan epidural yang di implan di bawah kulit dengan transistor timah penerima yang dimasukkan ke dalam kulit pada daerah epidural dan *columna vetebrae*.
- 3) Stimulator *columna vertebrae*, sebuah stimulator dengan stimulus alat penerima transistor dicangkok melalui kantong kulit intraklavikula atau abdomen, yaitu elektroda ditanam melalui pembedahan pada dorsum sumsum tulang belakang.

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi terhadap masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespon rangsangan nyeri, diantaranya hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respons fisiologis yang baik, dan pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa keluhan nyeri. (A.Aziz Alimul H.2008:218-222)

h) Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Apendisitis

1. Pengertian

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat

menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Berikut adalah pendapat beberapa ahli mengenai pengertian nyeri.

- a. Mc. Coffery (1979), Mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- b. Wolf Weifsel Feurst (1974), mengatakan nyeri bahwa merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- c. Artur C. Curton (1983), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- d. Scruman, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh keotak dan ikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional. (A. Aziz Alimul H. 2008).

2. Gangguan Rasa Nyaman pada Apendisitis

Pada pasien dengan apendisitis sangat terganggu kebutuhan rasa nyamannya karena pasien tampak kesakitan dan berbaring dengan demam tidak terlalu tinggi. Pada pemeriksaan abdomen dapat ditemukan bising usus menurun/menghilang, nyeri tekan dan nyeri lepas (tanda Blumberg) fokal pada daerah apendiksyang disebut titik McBurney (sepertiga distal garis antara umbilikus dan spina iliaka anterior superior

(SIAS) kanan. Iritasi peritoneum ditandai dengan adanya defans muskular, perkusi, atau nyeri lepas. Tanda khas yang dapat ditemukan apendisitis akut :

- 1) Tanda Rosving: nyeri perut kuadran kanan bawah saat palpasi kuadran kiri bawah.
- 2) Tanda Psoas: nyeri pada perut kuadran kanan bawah saat ekstensi panggul kanan (menunjukkan apendik retrosekal).
- 3) Tanda Obturator: nyeri perut kanan bawah pada saat rotasi interna panggul kanan (menunjukkan apendiks pelvis).
- 4) Tanda Dunphy: peningkatan nyeri yang dirasakan saat batuk.
- 5) Apabila telah terjadi perforasi, nyeri perut semakin kuat dan difus menyebabkan peningkatan defans muskular dan rigiditas (tanda peritonitis).

Jadi pada pasien apendiks disini sangat merasa terganggu atau merasa tidak nyaman karna nyeri yang di timbulkan.

3. Pengaturan Rasa Nyaman Pada Apendisitis

Pada pasien dengan apendisitis pengaturan tata laksana yaitu:

a. Pre-operatif

Observasi ketat, tirah baring, dan puasa. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah dapat diulang secara periodik. Foto abdomen dan toraks dapat dilakukan untuk mencari penyulit lain. Antibiotik intravena spektrum luas dan analgesik dapat diberikan.

Pada perforasi apendiks perlu diberikan resusitasi cairan sebelum operasi.

b. Operatif

1) Apendiktomi terbuka: dilakukan dengan insisi transversal pada kuadran kanan bawah (Davis-Rockey) atau insisi oblik (McArthur-McBurney). Pada diagnosis yang belum jelas dapat dilakukan insisi subumbilikal pada garis tengah.

2) Laparaskopi apendiktomi: teknik operasi dengan luka dan kemungkinan infeksi lebih kecil.

c. Pasca-operatif

Perlu dilakukan observasi tanda vital untuk mengantisipasi adanya perdarahan dalam, syok, hipertermia, atau gangguan pernafasan. Dalam kasus ini pasien dibaringkan dalam posisi semi fowler untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. (Elita Wibosono, Wifanto Sadiya Jeo, 2014).

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

I. **Desain Penelitian**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini studi kasus dengan metode deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif dan menganalisis lebih mendalam tentang asuhan keperawatan pada pasien Apendisitis Dalam pemenuhan kebutuhan Rasa nyaman Di RSUD Kota Kendari tahun 2018.

J. **Subyek Studi Kasus**

Subyek Studi kasus Dalam Penelitian ini adalah individu yang mengalami Apendiktomi dan mengalami masalah pemenuhan kebutuhan Rasa Nyaman

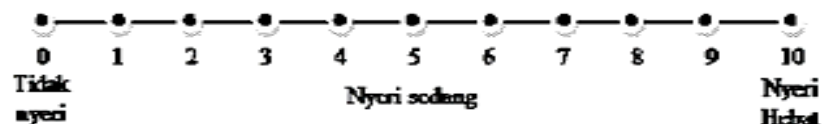
K. **Fokus Studi**

1. Gangguan Rasa Nyaman pada pasien Apendisitis.
2. Penerapan prosedur terapi tehnik relaksasi pada pasien Apendisitis.

L. **Definisi Operasional**

1. Post op apendiktomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendik dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan perforasi.
2. Pada pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala numerik

a. Skala Numerik



Skala yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam pengukuran ini, diberikan skala 0-10 untuk menggambarkan keparahan nyeri. Angka 0 berarti klien tidak merasa nyeri, sedangkan angka 10 mengindikasikan nyeri paling hebat. Skala ini efektif digunakan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapeutik.

3. Manajemen nyeri yaitu tehnik relaksasi nafas dalam yang dalam hal ini, perawat mengajarkan kepada klien bagaimana melakukan nafas dalam, nafas lambat frekuensi 6-10 kali/menit sehingga terjadi regangan pulmonal kardiopulmonari. NOC,NIC:

4. Tujuan Dan Kriteria hasil pada penelitian ini yaitu;

a. Pain Level

1. Nyeri yang dilaporkan

2. Ekspresinyeri wajah

b. Pain control

1. Mengenalikapan nyeri terjadi

2. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa menggunakan analgesik.

5. Rencana pada penelitian yang akan dilakukan.

Rencana pada penelitian yang akan dilakukan adalah dengan melakukan pengkajian nyerisecara komprehensif yang meliputi; gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, mengajarkan tehnik nonfarmakologi (tehnik relaksasi nafas dalam),

lakukan kolaborasi dengan tim medis (dokter) jika terdapat keluhan atau masalah dalam penanganan nyeri tidak berhasil.

- 1) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (teknik relaksasi nafas dalam) dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a) Memberikan posisi yang nyaman duduk atau berbaring.
 - b) Mengajukan kaki pasien tidak disilangkan bila posisi tersebut berbaring.
 - c) Kemudian instruksikan tarik nafas dalam secara perlahan dan rasakan perut dan dada terangkat perlahan
 - d) Kemudian rileks dan keluarkan nafas dengan perlahan melalui mulut.
 - e) Hitung sampai 4, tarik nafas pada hitungan 1 dan 2 keluarkan nafas pada hitungan 3 dan 4.
 - f) Lanjutkan bernafas dengan perlahan rileks

4. Implementasi.

Melaksanakan intervensi keperawatan yang telah dirumuskan dan menuliskan dalam format implementasi.

5. Evaluasi.

Melakukan penilaian keperawatan yang telah dilakukan dengan mengukur pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi.

M. Tempat Dan Waktu

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Kendari

N. Pengumpulan data

1. Jenis data

a. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari subjek studi kasus berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan Keluarga. Data primer pada penelitian ini diperoleh dari hasil observasi dan wawancara secara langsung dengan subjek penelitian.

b. Data sekunder

Data pasien Apendisitis yang diperoleh dari rekam medis di RSUD Kota Kendari.

2. Metode pengumpulan data

Pengumpulan data dalam pengumpulan data ini dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung, wawancara dan studi dokumentasi. Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah:

a. Peneliti meminta surat pengantar pengambilan data awal dari institusi asal peneliti Politeknik Kesehatan Kendari.

b. Peneliti mengambil data di RSUD Kota Kendari Peneliti meminta surat izin penelitian dari badan LITBANG Sulawesi Tenggara.

c. Peneliti meminta surat rekomendasi dari RSUD Kota Kendari Peneliti meminta izin kepada kepala Ruang Melati Peneliti mendatangi subjek studi kasus dan menjelaskan tentang tujuan penelitian.

d. Informat konsen diberikan kepada subjek studi kasus dan keluarga

O. Penyajian data

Penyajian data dalam penelitian ini yaitu dalam bentuk tekstular atau narasi disertai dengan ungkapan verbal dari subjek studi kasus yang merupakan data pendukungnya.

P. Etika studi kasus

Pertimbangan etik dalam penelitian ini dilaksanakan dengan memenuhi prinsip-prinsip

1. Informed consent (lembar persetujuan)

Peneliti meminta partisipan atau keluarga untuk mendatangi lembar persetujuan peneliti setelah partisipan menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian. (Hidayat, 2009).

2. Anonymity (Tanpa Nama).

Untuk menjaga kerahasiaan partisipan, maka dalam lembar pengumpulan data tidak dicantumkan data atau nama tetapi kode. (Hidayat, 2009).

3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari partisipan dijaga oleh peneliti. Data hanya disajikan atau dilaporkan dalam bentuk kelompok yang berhubungan dengan penelitian ini. (Hidayat, 2009).

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

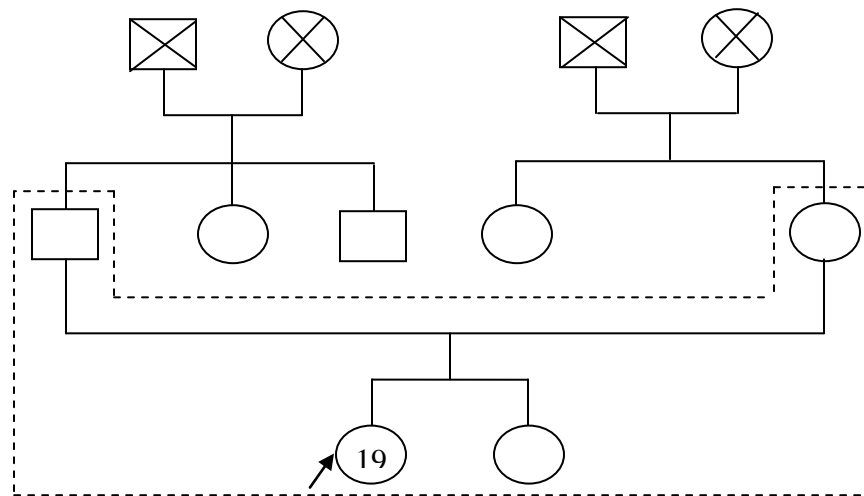
Pengkajian pada kasus ini diperoleh melalui observasi langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medik maupun catatan perawat yang dilakukan pada tanggal 23 Juli 2018 pukul 10:00 WITA dengan No. Rekam Medis 16-48-32, klien masuk RSUD Kota Kendari tanggal 22 Juli 2018, dari pengkajian tersebut didapatkan data melalui penjelasan berikut ini :

Nama klien Nn. Y, berumur 19 tahun, suku bangsa Jawa, agama islam dan belum menikah. Pekerjaan klien sehari-hari sebagai Pelajar SMA. Klien bertempat tinggal di Kampung Salo Kelurahan Kendari Cadi.

Klien masuk Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari pada tanggal 22 Juli 2018 dirawat di ruang Melati kamar C.8. Keluhan utama yaitu klien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah, yang dialami sejak 4 tahun yang lalu, kualitas nyeri seperti tertusuk-tusuk, gambaran skala nyeri 6 (sedang), waktu terjadinya nyeri tidak menentu, faktor pencetus nyeri akibat inflamasi apendisitis. Keluhan lain yaitu klien mengatakan merasa mual, pusing, klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitasnya, porsi makan yang di habiskan hanya ½ yang di habiskan. Pergerakan klien terbatas akibat nyeri pada post opp apendisitis.

Upaya yang telah dilakukan keluarga sebelum dirawat di rumah sakit yaitu keluarga menganjurkan baring dan minum air hangat, namun upaya yang telah dilakukan ini tidak menunjukkan adanya perubahan pada nyeri yang di rasakan klien sehingga keluarga membawa klien ke Rumah Sakit.

Genogram :



Keterangan :

- = Laki - Laki
- = Perempuan
- ⊗ = Laki – Laki meninggal
- ⊗ = Perempuan meninggal
- ┌──┐ = Garis Perkawian
- └──┘ = Garis Keturunan
- = Tinggal Serumah
- ↗ = Klien

Berdasarkan genogram klien ditemukan data bahwa tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit seperti yang diderita oleh klien.

Hasil observasi dan pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum (KU) klien lemah, tingkat kesadaran composmentis, dimana Tekanan Darah (TD) : 1100/80 mmHg, Nadi (N) : 88x/menit, Suhu (S) : 36°C, Pernafasan (P): 20 x/menit.

Pada pengkajian sistem pernafasan B1 (*breathing*) didapatkan data bentuk dada simetris kiri dan kanan, tidak ada deviasi septum hidung, hasil auskultasi suara nafas bronkil dan tidak ditemukan suara nafas tambahan.

Pengkajian sistem kardiovaskuler B2 (*bleeding*) yaitu saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan pada daerah dada, peneliti melakukan auskultasi suara jantung normal, akral teraba dingin, CRT > 2 detik.

Pengkajian sistem persyarafan B3 (*brain*) nilai *Glasgow coma skale* (GCS): 15 keadaan kepala dan wajah simetris, ekspresi wajah tampak lemah, sclera tidak ikterus, pupil isokor kanan kiri, konjungtiva anemis, kelopak mata membuka dan menutup, keadaan telinga simetris, leher dan bahu: mengangkat bahu dan memalingkan kepala. Pendengaran kanan dan kiri normal, penciuman normal, pengecap: rasa asin normal, rasa manis normal, rasa pahit normal. Penglihatan kanan dan kiri normal, perabaan panas, dingin, tekan normal dan status mental terorientasi.

Pengkajian sistem perkemihan B4 (*bledder*) produksi urin berwarna kekuningan dengan bau yang khas (amoniak), frekuensi berkemih 1-2 kali/hari, produksi urine setiap hari \pm 800 cc.

Pengkajian sistem pencernaan B5 (*bowel*) hasil inspeksi pada mulut tidak ditemukan adanya tanda-tanda radang, tidak ada halositosis, tidak ada

stomatitis, dan tidak terdapat nyeri tekan pada tenggorokan, rektum normal, belum BAB semenjak masuk RS.

Pengkajian sistem muskuloskeletal B6 (*Bone*) pergerakan sendi klien tampak terbatas, skala kekuatan otot ekstermitas atas 5/5 (mampu menahan tahanan penuh) dan untuk ekstermitas bawah skala 5/5. Tonus otot ekstermitas bagian atas dan bawah tidak ada masalah.

Sedangkan pada pola aktivitas klien mengatakan pola makan sebelum sakit dengan porsi makan 2-3 x/hari dengan porsi dihabiskan, jenis menu makan nasi, ikan, bubur, buah-buahan dan sayur. Sedangkan pola makan saat sakit porsi makan klien 1-2 kali/hari, dengan porsi makan tidak di habiskan, jenis menu makanan bubur, dan sayur sesuai dengan terapi diet yang diberikan di rumah sakit

Untuk pola minum klien sebelum sakit frekuensi klien minum 6-8 gelas/hari dihabiskan, jenis minuman klien air putih, minuman yang disukai air putih, minuman yang tidak disukai yaitu minuman beralkohol. Sedangkan pola minum saat sakit frekuensi minum klien 3-5 gelas/hari dihabiskan, jenis minuman air putih. Selama dirumah sakit klien mengatakan mandi hanya 1 kali/hari (tidak menentu).

Pola eliminasi BAB sebelum sakit frekuensi berkemih 1-2 kali/minggu, berwarna kekuningan, dan tidak ada kesulitan dalam berkemih. Sedangkan, pola eliminasi BAB selama sakit belum pernah BAB.

Pola istirahat dan aktivitas klien sebelum sakit untuk tidur siang dan tidur malam baik, sedangkan saat sakit, tidur siang dan tidur malam terganggu ($\pm 3 - 4$ jam) karena klien sering terbangun.

Pada interaksi sosial, klien sering dijaga oleh bapaknya, selama sakit klien juga sering dibesuk oleh kerabat dan tetangga. Beberapa kali klien sering mengungkapkan keinginan untuk pulang kerumah, dan sering bertanya mengenai penyakit yang dialaminya. Klien nampak cemas dan berharap agar cepat sembuh dari penyakitnya, dan selama dirawat kegiatan beribadah tidak terlaksana.

Terapi/obat-obatan yang diberikan antara lain IVDF RL 20 tetes/menit, cephaloflox 1 gr/IV/12 jam, ranitidine 1 gr/IV/8 jam, keterolac 1 gr/IV/8 jam.

Pada pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 25 Juli 2018 dapat dilihat melalui tabel berikut ini :

Tabel 4.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Kimia Darah

Hasil Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	4,4	4,0-10,00	10^3 uL
RBC	4,51	4.50-5.50	10^3 uL
PLT	221	150-450	10^3 uL

2. Diagnosa Keperawatan

a. Klasifikasi Data

Nama pasien : Nn. Y
Umur : 19 Tahun
No. RM : 16-48-32

Tabel 4.3 Klasifikasi Data

No	Data	Masalah
1.	DS : - Klien mengatakan nyeri pada daerah operasi - Klien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah DO : - KU : Lemah - Tanpak meringis - Nyeri tekan (+) - Tanda – Tanda Vital : TD : 110/80 mmHg N : 88 x/menit S : 36°C P : 20 x/menit	Nyeri Akut

b. Analisa Data

Nama pasien : Nn. Y
Umur : 19 Tahun
No. RM : 16-48-32

Tabel 4.4 Analisa Data

Symptom	Etiologi	Problem
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah operasi - Klien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah <p>P: klien mengatkan nyeri pada perut bekas post op.</p> <p>Q: klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: klien mengatakan nyeri yang di rasakan di perut bagian bawah</p> <p>S: 6</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU : Lemah - Ekspresi wajah Tanpak meringis - Nyeri tekan (+) Abdomen kuadran inguinal kanan bawah - Tanda – Tanda Vital : TD : 110/80 mmHg N : 88 x/menit S : 36°C P : 20 x/menit - RANITIDINE - CHEPHAFLOX - CETHOROLAC 	<p style="text-align: center;">Tindakan Pembedahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Terputusnya Kontinuitas Jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pengeluaran zat–zat kimia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Merangsang hipotalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Stimulus Korteks Serebri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Rasa nyeri diekspresikan</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri Akut</p>

c. Intervensi Keperawatan

Nama pasien : Nn. Y
 Umur : 19 Tahun
 No. RM : 16-48-32

Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)	Rasional
1.	Nyeri Akut b.d post op Batasan karakteristik: Tingkat nyeri : 1.ekspresi wajah 2.mengenali kapan nyeri terjadi Paint control 1.mengungkapkan nyeri yang terkontrol. 2.menggunakan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan nyeri klien dapat terkontrol/berkurang kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengontrol nyeri (1. Lakukan pengkajian secara komprehensif 2. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologi 4. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	1. Untuk mengetahui nyeri secara komprehensif 2. Memudahkan dalam proses pengumpulan informasi 3. Agar mengetahui cara mengontrol nyeri 4. Sebagai tindakan lanjut terhadap tindakan yang sebelumnya di berikan

	an tindakan pengurangan nyeri	skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang		
--	-------------------------------	--	--	--

d. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Nn,Y
 Umur : 19 Tahun
 No. RM : 16-48-32

Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal & Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Rabu, 25 Juli 2018 13:20 13:40	1. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. Hasil: P: klien mengatakan nyeri pada perut bekas post op. Q: klien mengatakan nyeri yang dirasakan	S : - Klien mengatakan nyeri pada bekas post op O : - KU. Lemah - Klien mampu mendemonstrasi	Reonaldi Aprizal

		<p>seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R:klien mengatakan nyeri yang di rasakan di perut bagian bawah</p> <p>S: 6</p> <p>T:hilang timbul</p> <p>2.Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</p> <p>Hasil:</p> <p>Klien mengtakan nyeri yang dirasakan seperti tertusul-tusuk dan hilang timbul</p> <p>3. Mengajarkan tehnik nonfarmakologi</p> <p>Hasil: Menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p>4. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan atau tindakan tidak berhasil</p> <p>Hasil:</p> <p>Klien mengatakan</p>	<p>kan tehnik nafas dalam</p> <p>- TTV :</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>S : 36^oC</p> <p>N : 88 x/menit</p> <p>P : 20 x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi</p> <p>Dilanjutkan (1, 3, 4</p>	
	13:50			
	14:10			

		<p>mengonsumsi obat dari dokter:</p> <p>RANITIDIN 3x 1</p> <p>CHEHPAFLOX 2x1</p> <p>CETHOROLAC 3x1</p>		
2.	<p>kamis</p> <p>26 Juli 2018</p> <p>09:00</p> <p>09:20</p> <p>10:00</p>	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</p> <p>Hasil:</p> <p>P: klien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah</p> <p>Q: klien mengatakan nyeri bekas post op seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: klien mengatakan nyeri yang dirasakan di perut bagian bawah</p> <p>S: 4</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>2. mengajarkan tehnik nonfarmakologi</p> <p>Hasil:</p> <p>Menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p>3.berkolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada post op <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU. Baik - Klien mampu mendemonstrasikan tehnik relaksasi nafas dalam - TTV : TD : 110/80 mmHg S : 36,5^oC N : 84x/menit P : 20 x/menit <p>A : Masalah sebagian teratasi.</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan (1, 3,4)</p>	<p>Reonaldi Aprizal</p>

		nyeri tidak berhasil Hasil: Nyeri berkurang. Skala 4		
3.	Jumat, 8 27 Juli 2018 10:30 10:50 11:00 11:10	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Hasil: P: klien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah Q: klien mengatakan nyeri bekas post op seperti tertusuk-tusuk R: klien mengatakan nyeri yang dirasakan di perut bagian bawah S: T: nyeri hilang timbul 2. mengajarkan teknik nonfarmakologi Hasil: Menggunakan teknik relaksasi nafas dalam 3. berkolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil Hasil: Nyeri berkurang. Skala 3	S : - Klien mengatakan nyeri pada post op berkurang O : - KU. Lemah - Klien mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam - TTV : TD : 110/80 mmHg S : 36,5°C N : 80x/menit P : 20 x/menit A : Masalah sebagian teratasi. P : Intervensi Dipatahkan	Reonaldi Aprizal

B. Pembahasan

Berdasarkan tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini dan hasil studi kasus yang penulis lakukan dari tanggal 23 sampai dengan 27 Juli 2018, maka pada bagian ini penulis akan membahas tentang perbandingan antara teori dan praktek atau kasus yang ditemukan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Nn. Y, berumur 19 tahun dengan Apendisitis dalam pemenuhan kebutuhan Rasa Nyaman di ruang melati kamar C.8 Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari yang akan dibahas berdasarkan tahapan proses keperawatan yaitu tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan pendekatan sistematis untuk mendapatkan data klien baik data subjektif maupun objektif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Selain tahap ini, penulis tidak mendapatkan hambatan yang cukup berarti karena klien cukup kooperatif dan dapat diajak kerjasama dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Menurut teori pada tahap pengkajian pasien Apendisitis, keluhan utama ialah klien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah, yang dialami sejak 4 tahun yang lalu, kualitas nyeri seperti tertusuk-tusuk, gambaran skala nyeri 6 (sedang), waktu terjadinya nyeri tidak menentu, faktor pencetus nyeri akibat inflamasi apendisitis. Keluhan lain yaitu klien mengatakan merasa mual, pusing, klien mengatakan tidak dapat

melakukan aktivitasnya, porsi makan yang di habiskan hanya ½ yang di habiskan. Pergerakan klien terbatas akibat nyeri pada post opp apendisitis

Data yang ada pada teori tetapi tidak ada pada studi kasus, begitupun pada data yang ada pada studi kasus tetapi tidak ada dalam teori adalah anoreksia, malaise, demam tak terlalu tinggi, konstipasi diare. Sedangkan, semua data yang ada pada kasus terdapat pada teori.

Adanya kesenjangan ini disebabkan karena setiap manusia dalam memberikan respon baik bio, psiko, social dan spiritual terhadap stimulus berbeda-beda sehingga gejala dan karakteristik yang didapatkan berbeda pula serta kemungkinan data-data yang ada dalam kasus masih merupakan gejala awal dari penyakit sehingga data-data yang ada pada teori tidak semua terdapat di studi kasus.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Berdasarkan pengkajian dan analisa data pada kasus yang dilakukan pada Nn. Y diagnosa yang diangkat penulis yaitu Nyeri Kronik.

Apendisitis adalah peradangan dari apendisitis. Dalam kasus, diagnosa ditegakkan oleh penulis karena pada saat pengkajian ditemukan data klien mengatakan nyeri pada pada kanan bawah dan susah untuk beraktivitas sehari-hari, setelah pengkajian RSUD Kota Kendari didapatkan hasil :

- a. Klien mengatakan nyeri pada daerah bekas operasi
- b. Klien mengatakan nyeri pada perut bawah
- c. KU. Lemah
- d. Klien nampak meringis
- e. Nyeri tekan (+)
- f. Tanda – Tanda Vital :
 - TD : 110/80 mmHg
 - S : 36°C
 - N : 88 x/menit
 - P : 20 x/menit

. Diagnosa keperawatan diangkat disesuaikan dengan kondisi klien pada saat pengkajian, interpretasi data, dan hasil analisa data serta tidak adanya data-data pendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut, Manusia adalah makhluk unik, dalam hal ini respon individu terhadap stress atau penyakit berbeda-beda dan karakteristik masalah yang ditemukan berbeda pula.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan dari intervensi keperawatan yang dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2005).

Diagnosa keperawatan yang diangkat selanjutnya dibuat rencana asuhan keperawatan sebagai tindakan pemecah masalah keperawatan dimana

penulis membuat rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan kemudian menetapkan tujuan dan kriteria hasil, selanjutnya menetapkan tindakan yang tepat.

Perencanaan disusun berdasarkan konsep teori yang telah didapatkan untuk diterapkan secara aktual pada pasien Nn. Y dengan *Apendisitis* dalam masalah kebutuhan dan respon keluarganya mendasari penyusunan rencana keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan pada pasien *Apendisitis* disesuaikan dengan kondisi aktual yang ditemukan.

Tindakan yang direncanakan yaitu :

- a. Lakukan pengkajian secara komprehensif
- b. Gunakan tehnik komunikasi terapiutik untuk mengetahui pengalaman nyeri
- c. Ajarkan tehnik non farmakologi
- d. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

4. Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang penulis lakukan kepada pasien sesuai dengan intervensi, sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi (wilkinson, 2011).

Pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan berdasarkan teori (NIC) yaitu :

- a. Melakukan pengkajian secara komprehensif
- b. Menggunakan tehnik komunikasi terapiutik untuk mengetahui pengalaman nyeri
- c. Mengajarkan tehnik non farmakologi

- d. Berkolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

Implementasi yang direncanakan telah di laksanakan, pasien dapat mempraktekkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan aktivitas sehari-hari sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk memperbaiki proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan keperawatan (Nursalam, 2010).

Evaluasi yang dilakukan berdasarkan diagnosis yang ditegakkan yaitu Nyeri Akut dan dievaluasi pada hari senin tanggal 27 Juli 2018 dengan hasil masalah Nyeri teratasi sebagian dimana klien mampu mengontrol nyerinya, klien melaporkan bahwa nyeri yang di rasakan berkurang, dengan menggunakan manajemen nyeri, pada data subyektif pasien mengatakan nyeri pada post op berkurang dan data obyektif KU baik, klien mampu mendemonstrasikan tehnik relaksasi nafas dalam, Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 80 kali/menit, Pernafasan: 20 kali/menit, Suhu: 36^oC.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan studi kasus melalui pendekatan proses keperawatan di RSUD Kota Kendari tanggal 23-27 Juli 2018 dengan mengacu pada tujuan yang dicapai, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dalam pengkajian keperawatan Ny.Y semua aspek bio, psiko, sosial, spiritual, dan kultural harus dikaji dan melibatkan kerja sama keluarga untuk mendapatkan data yang lengkap dan akurat karena setiap individu memberikan respon yang berbeda-beda terhadap stimulus baik internal maupun eksternal sehingga membutuhkan kejelian dalam menilai setiap respon atau gejala yang di tampilkan oleh klien serta memerlukan kepekaan dan kemampuan khusus dalam menginterpretasikan dan menganalisa data pada klien dengan Apendisitis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.
2. Pada tahap diagnosa keperawatan, penulis menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang didapatkan pada klien sesuai dengan kondisi dan keadaan klien pada saat itu serta berdasarkan teori yang ada, kemudian diprioritaskan berdasarkan kebutuhan dasar manusia menurut maslow dan keluhan klien yang betul-betul mengancam kesehatan klien. Diagnosa yang diangkat berdasarkan data yang diperoleh yaitu Nyeri Kronik.
3. Pada tahap perencanaan, penulis membuat dan menyusun rencana tindakan yang disusun berdasarkan aplikasi dari teori NANDA NIC-NOC, dan

disesuaikan dengan kebutuhan dan masalah klien untuk mengatasi masalah pada pasien apendisitis berdasarkan ilmu dan prosedur tindakan keperawatan.

4. Pada tahap implementasi dalam melakukan asuhan keperawatan, disesuaikan dengan rencana tindakan asuhan keperawatan yang dibuat berdasarkan aplikasi teori NANDA NIC-NOC sehingga tidak terjadi kesenjangan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
5. Pada tahap evaluasi, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari dan kemudian dievaluasi akhir pada tanggal 27 Juli 2018 dengan hasil Nyeri Kronik teratasi sebagian.

B. Saran

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada klien apendisitis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, peneliti menyarankan :

1. Bagi Peneliti

Semoga Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat menjadi bacaan dan acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kreativitas serta dapat dijadikan sebagai referensi pembelajaran untuk menambah pengalaman dan wawasan peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien apendisitis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, sehingga dapat membandingkan kesenjangan antara teori dan kasus nyata tentang penerapan prosedur tehnik relaksasi nafas dalam pada pasien apendisitis.

2. Bagi Institusi / Pendidikan

Institusi dan penyelenggaraan pendidikan diharapkan agar buku-buku yang ada di Ruang perpustakaan poltekes kemenkes kendari sekiranya dijaga dengan baik dan diharapkan dapat menambah jumlah buku tentang buku-buku pengetahuan khususnya buku tentang apendiksitis sehingga generasi atau mahasiswa dan mahasiswi poltekes kemenkes kendari bisa dan mampu mengetahui tentang apendiksitis, bahkan tentang pengetahuan lainnya dalam hal konteks kesehatan, yang menyangkut hal-hal terbaru tentang pelaksanaan keperawatan khususnya pada pasien apendisitis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, serta menyediakan waktu yang cukup untuk pelaksanaan praktek keperawatan di rumah sakit dan studi kasus untuk penyusunan karya tulis ilmiah di masa yang akan datang.

3. Bagi Klien / Keluarga

Untuk klien agar selalu menjaga keadaannya, terutama agar selalu mematuhi program pengobatannya, terutama minum obat secara teratur sesuai dengan indikasi yang di anjurkan serta chek up kerumah sakit / puskesmas terdekat di lingkungan tempat tinggal serta menjalankan program perawatan lanjut seperti istirahat, dan mengkonsumsi obat secara teratur untuk pemulihan dan proses penyembuhan.



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI

Nomor: DL.09.02/5/37 / 2018

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Reonaldi Aprizal
Nim : P00320015043

Benar-benar telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:

1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 17 Juli 2018
Bendahara Jurusan Keperawatan

Edi R. S. Kep.,Ns
NIP. 19860504 201012 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

JL. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

NO: 298/PP/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Reonaldi Aprizal
NIM : P00320015043
Tempat Tgl. Lahir : Kendari , 21 April 1997
Jurusan : D.III Keperawatan
Alamat : Jln Imam Bonjol

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan D.III Keperawatan Tahun 2018

Kendari, 03 Agustus 2018

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari



Amaluddin
Amaluddin, S. Sos

NIP. 1961123119820310



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI

Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No. 39 Telp. 0401-3005466 Kendari, Sulawesi Tenggara
Email rsudabunawaskdi@yahoo.co.id

SURAT PENGANTAR PENELITIAN

Kepada Yth.

Kepala Ruangan/ Poli... MELATI.....

Di_

Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : REONALDI APRIZAL

NIM : 000320015043

Jurusan/ Prodi : DIII KEPERAWATAN

Institusi : POLTEKES


Judul penelitian : ASUMATI KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP
APENDIKSITOMI DALAM PEMERIKHAAN KEBUTUHAN RASA NYAMANN
di RSUD Kota Kendari

Telah memenuhi prosedur/persyaratan untuk melaksanakan penelitian di RSUD Kota Kendari.

Demikian surat pengantar ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 23..... Juli..... 2018

An. Direktur
Kepala Bagian Tata Usaha


Minarta, SKM, M.Kes
NIP. 19661012 198703 2 009



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari

Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : DL.11.02/1/ 764 /2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,
Direktur RSUD Kota Kendari

di-

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari :

Nama : REONALDI APRIZAL, dkk
NIM : P00320015043
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Jend. A.H. Nasution No. G-14
Jumlah Peserta : 10 Orang (*terlampir*)
Lokasi : RSUD Kota Kendari

Untuk diberikan izin pengambilan data awal penelitian di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 13 Maret 2018



Akhmad, SST., M.Kes
NIP. 196802111990031003



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari

Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Lampiran 1.

Nama – nama Mahasiswa yang akan melakukan pengambilan data Awal

NO	NAMA	NIM	INSTITUSI	RUANGAN
1.	REONALDI APRIZAL	P00320015043	RSUD. KENDARI	MELATI
2.	IRSAN PRAYOGU	P00320015023	RSUD. KENDARI	MELATI
3.	EKO FEBRIANTO	P00320015014	RSUD. KENDARI	MELATI
4.	ASLAN	P00320015008	RSUD. KENDARI	MELATI
5.	SRI WAHYUNI	P00320015095	RSUD. KENDARI	LAVENDER
6.	RIZNAWATI	P00320015093	RSUD. KENDARI	LAVENDER
7.	ASTAWAN	P00320015058	RSUD. KENDARI	MAWAR
8.	MEGA SARI	P00320015029	RSUD. KENDARI	MAWAR
9.	MUH. IRFAN SAPUTRA	P00320015036	RSUD. KENDARI	MAWAR
10.	MUH. ARFAN SELALU	P00320015035	RSUD. KENDARI	MAWAR

Kendari, 13 Maret 2018

Plh. Direktur,

A k h m a d., SST., M.Kes
NIP. 196802111990031003



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI
Jl. Z.A Sugianto No. 39 Kendari Telp (0401) 3005466
Email rsudabunawaskdi@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : REONALDI APRIAL
NIM : 200320015013
Jurusan/Program Studi : DIII KEPERAWATAN
Judul Penelitian : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PERIPARTUM
POST OP ABORTIFIKASI DALAM MEMENUHI KEBUTUHAN
KARSI NYAMAN DI RUANG MELATI RSUD KOTA
KENDARI

Yang bersangkutan benar-benar telah melakukan pengumpulan data penelitian di ruang/ Instalasi MELATI..... RSUD Kota Kendari dengan judul penelitian tersebut pada tanggal 23.....s.d. 29.....

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 2018

Kepala Ruang / Instalasi

(.....)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

Jl. Jend. A. H. Nasution No. G 14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492, Fax: (0401) 319339, email: poltekkeskendari@yahoo.com






LEMBAR KONSUL PERBAIKAN PROPOSAL

NAMA MAHASISWA : REONALDI APRIZAL

NIM : P00320015043

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
POST OP APENDIKTOMI DALAM
PEMENUHAN ~~GANGGUAN~~ KEBUTUHAN
RASA NYAMAN DI RSUD KOTA KENDARI
TAHUN 2018**

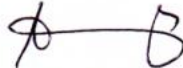
No	Nama Penguji / Pembimbing	Halaman	Tertulis	Perbaikan	Paraf
1.	Abd Syukur Bau,S.Kep.,Ns.,MM	18, 26,	1. Cover judul 2. Diagnosa mengguna kan NIC- NOC	BAB I PENDAHULUAN BAB II METODE STUDI KASUS 1. Tinjauan Studi Kasus	
2.	Reni Devianti Usman,S.Kep.,Ns.,M .Kep.,Sp.KMB	1,2,3,4 5, 6, 7, 8, 12,	1. Tetang Penulisan namapara ahli 2. Tujuan studi kasus 3. Menuliska n S.O.P 4. Memnulisk an kriteria objektif pada gangguan rasa nhhaman	BAB I PENDAHULUAN 1. Latar belakang 2. Tujuan studi kasus BAB II TINJAUAN PUSTAKA 1. Tinjauan pustaka BAB III METODE STUDI KASUS 1. Definisi operasional 2. Instrumen penelitian	

3.	Fitri Wijayaati S.Kep.,Ns.,M.Kep	17,	1. Sumber gambar skala nyeri 2. Daftar pustaka	BAB II TINJAUAN STUDI KASUS 1	
----	-------------------------------------	-----	---	--	---

PEMBIMBING I

PEMBIMBING II


Indriono Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes
 NIP 1970033019955031001


Nurfantri S.Kep.,Ns.,M.Sc
 NIP : 198312152014022002



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI



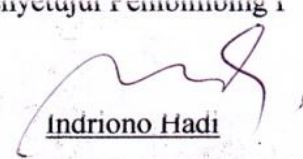
Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

LEMBAR KONSUL KTI

NAMA : Reonaldi Aprizal
NIM : P00320015043
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP
APENDIKTOMI DALAM PEMENUHAN KENUTUHAN
RASA NYAMAN DI RSUD KOTA KENDARI TAHUN
2018.
NAMA PEMBIMBING I : Indriono Hadi

NO.	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING
1.	29/7/2018	KONSUL BAB 4 dan BAB 5	h
2.	29/7/2018	KONSUL BAB 4 dan 5 Pembelajaran	h
3.	30/7/2018		h
4.	01/7/2018		h
5.	01/7/2018		h
6.	02/7/2018	BCC BAB 4.5	h

Kendari, Juli 2018
Menyetujui Pembimbing I


Indriono Hadi

NIP.19700330 199501 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232

Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

LEMBAR KONSUL KTI

NAMA : Reonaldi Aprizal
NIM : P00320015046
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP
APENDIKTOMI DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN
RASA NYAMAN DI RSUD KOTA KENDARI.
NAMA PEMBIMBING II : Nurfantri, S.Kep., Ns., M.Sc

NO.	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Kendari, Juli 2018
Menyetujui Pembimbing II

Nurfantri, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP.19831215 201402 2 002



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : UT.01.02/1/ *2370*/2018
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sultra
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Reonaldi Aprizal
NIM : P00320015043
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Apendektomi dalam Pemenuhan Kebutuhan Gangguan Rasa Nyaman di RSUD Kota Kendari Tahun 2018

Untuk diberikan izin penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 17 Juli 2018

R Direktur,

Askrening, SKM., M.Kes
NIP.196900301990022001