KARYA TULIS ILMIAH

PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN DI RSUD SLEMAN

LUTHFIANA RAHMAWATI
P07120115021

PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 20I8

KARYA TULIS ILMIAH

PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN DI RSUD SLEMAN

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan

LUTHFIANA RAHMAWATI
P07120115021

PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 20I8

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Karya Tulis Ilmiah

"PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN DI RSUD SLEMAN"

Disusun oleh :

LUTHFIANA RAHMAWATI

P07120115021

telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

.....13 Juli 2018.....

Menyetujui,

Pembimbing I,	Pembimbing II,
Ns. UMI ISTIANAH, M.Kep, Sp.MB	SURANTANA, APP, M.Kes
NIP. 197108071994032003	NIP. 196206171985121001

Yogyakarta, ..25 Juli 2018

Ketua Jurusan Keperawatan

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

BONDAN PALESTIN, SKM, M.Kep, Sp.Kom

NIP. 197207161994031005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

"PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN DI RSUD SLEMAN"

Disusun Oleh
LUTHFIANA RAHMAWATI
P07120115021

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal : 20 Juli 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
Dr. Catur Budi Susilo, S.Pd, S.Kp, M.Kes (.....)
NIP. 196406301988031004

Anggota,
Ns, Umi Istianah, M.Kep, Sp.MB (.....)
NIP. 197108071994032003

Anggota,
Surantana, APP, M.Kes (.....)
NIP. 196206171985121001

Yogyakarta, 25 Juli 2018
Ketua Jurusan Keperawatan

BONPIAN PALESTIN, SKM., M.Kep., Sp.Kom
NIP. 197207161994031005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : **LUTHFIANA RAHMAWATI**

NIM : **P07120115021**

Tanda Tangan : .....

Tanggal : 19 Juli 2018

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: LUTHFIANA RAHMAWATI
NIM	: P07120115021
Program Studi	: D III KEPERAWATAN
Jurusan	: KEPERAWATAN

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujuai untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty- Free Right)** atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul:

PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN RASA AMAN NYAMAN DI RSUD SLEMAN

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hal Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database) merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan

Sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta

Pada tanggal : 24 Juli 2018

Yang menyatakan

(Luthfiana Rahmawati)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI/TA) ini. Penulisan KTI/TA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ns. Umi Istianah, S.Kep, M.Kep, Sp.MB, selaku pembimbing satu dan Surantana, APP, M.Kes selaku pembimbing dua serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Bapak Joko Susilo, SKM, M.Kes., selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
2. Bapak Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
3. Bapak Abdul Majid S.Kep, M.Kes, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
4. Ibu Ns. Umi Istianah, S.Kep, M.Kep, Sp.MB, selaku pembimbing satu yang telah banyak meluangkan waktu memberikan bimbingan dan arahan dengan sabar.
5. Bapak Surantana, APP, M.Kes, selaku pembimbing dua yang membantu dalam pengarahan dan bimbingan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.

6. Bapak Joko Hastaryo, M.Kes, selaku direktur RSUD Sleman Yogyakarta yang telah memberikan izin studi kasus, sehingga dapat terselesaikan studi kasus ini dengan lancar.
7. Orang tua saya Bayu Satmaka dan Anik Kurniasih, serta adik saya Zulfi Aleyda Yahya yang telah memberikan dukungan serta doa kepada saya.
8. Dimas Indra Praswoko, S.Pd, yang telah mendukung, menyemangati dan memberikan motivasi yang tiada henti kepada saya.
9. Sahabat – sahabat saya Widiyawati Andani, Nur Rohmah Resty Pratiwi, dan Mendy Oktavia Witari yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Yogyakarta, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR LAMPIRAN xi
ABSTRACT xii
INTISARI xiii

BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 5
C. Tujuan Studi Kasus 6
D. Manfaat Studi Kasus 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 8
A. Apendisitis 8
B. Asuhan Keperawatan Klien dengan Apendiktomi 15
C. Teori nyeri 19
D. Teknik Relaksasi Nafas Dalam 25

BAB III METODOLOGI PENULISAN 29
A. Rancangan Studi Kasus 29
B. Subyek Studi Kasus 29
C. Fokus Studi 29
D. Definisi Operasional Fokus Studi 29
E. Instrumen Studi Kasus 30
F. Prosedur Pengumpulan Data 30
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus 31
H. Analisis Data dan Penyajian Data 32
I. Etika Studi Kasus 32
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 33
A. Hasil Studi Kasus 33
1. Gambaran Umum RSUD Sleman 33
2. Kasus Kelolaan 34
a. Kasus I 34
b. Kasus II 52

B. Pembahasan 67
C. Keterbatasan Studi Kasus 72

BAB V PENUTUP 73
A. Kesimpulan 73
B. Saran 73

DAFTAR PUSTAKA 75

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Nn. A 44
Tabel 2. Analisa Data Nn. A 45
Tabel 3. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. N 61
Tabel 4. Analisa Data Ny. N 62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Realisasi Anggaran Penelitian 77
Lampiran 2. Penjelasan Sebelum Studi Kasus 78
Lampiran 3. *Informed Consent* 79
Lampiran 4. Format Pendokumentasian Asuhan Keperawatan 80
Lampiran 5. SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam 84
Lampiran 6. Pengukuran Intensitas Nyeri 87
Lampiran 7. *Ethical Clearance* 88
Lampiran 8. Surat Perizinan Studi Kasus 89
Lampiran 9. Lembar Konsultasi 90

APPLICATION OF DEEP BREATH RELAXATION TECHNIQUE IN POST OPERATIVE APENDECTOMY WITH INTERRUPTION OF SATISFACTION AND NEEDABLE SAFE NEEDS IN RSUD SLEMAN

Luthfiana Rahmawati[1], Umi Istianah[2], Surantana[3]
Department of Nursing Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Tata Bumi Street No.3 Bayuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta, 55293
Email: luthfianarahmawati19@gmail.com

ABSTRACT

Appendicitis is an inflammation that occurs in the right lower abdominal cavity. The cause of appendicitis is obstruction of the appendix lumen. Treatment of appendicitis is surgery (appendectomy). Appendectomy can cause complications such as acute pain as well as impaired physical mobility. To overcome the problem of pain in the client then required the management of pain, the technique of deep breath relaxation. The purpose of this study describes the application of deep breath relaxation techniques in patients postoperative appendectomy with impaired fulfillment of comfortable sense of comfort in RSUD Sleman. The method used is descriptive case study, which observes patient response to the use of deep breathing relaxation technique. Data analysis was made with descriptive analysis model obtained from response result in both patient, while presentation of data presented in the form of narration about result of patient response. The result of this case study is on patient 1 scale of pain from scale 5 to scale 2, and scale of pain in patient 2 scale 5 to scale 1. Conclusion there is effect of decreasing of pain scale in both patient. Factors affecting differences in response are age, spiritual, mobilization, previous pain experience, and coping patterns. For hospitals, it can be an input material to establish operational standard of deep breathing relaxation technique procedure in RSUD Sleman.

***Keywords**: deep breathing relaxation technique, pain, appendectomy*

[1] *Nursing student of Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*
[2] *Lecturer of of Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*
[3] *Lecturer of of Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*

PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN DI RSUD SLEMAN

Luthfiana Rahmawati[4], Umi Istianah[5], Surantana[6]
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Jl. Tata Bumi No.3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta, 55293
Email: @luthfianarahmawati19@gmail.com

INTISARI

Apendisitis adalah suatu peradangan yang terjadi di rongga bawah kanan abdomen. Penyebab apendisitis yaitu obstruksi pada lumen apendiks. Penanganan apendisitis adalah pembedahan (apendiktomi). Tindakan apendiktomi dapat menyebabkan komplikasi seperti nyeri akut serta gangguan mobilitas fisik. Untuk mengatasi masalah nyeri pada klien maka diperlukan manajemen nyeri, yaitu teknik relaksasi nafas dalam. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien post operasi apendiktomi dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman di RSUD Sleman. Metode yang digunakan yaitu deskriptif studi kasus, yang mengobservasi respon pasien terhadap penggunaan teknik relaksasi nafas dalam. Analisa data dibuat dengan model analisa deskriptif yang didapatkan dari hasil respon pada kedua pasien, sedangkan penyajian data yang disajikan dalam bentuk narasi tentang hasil respon pasien. Hasil studi kasus ini adalah pada pasien 1 skala nyeri dari skala 5 menjadi skala 2, dan skala nyeri pada pasien 2 skala 5 menjadi skala 1. Kesimpulan terdapat pengaruh penurunan skala nyeri pada kedua pasien. Faktor yang mempengaruhi perbedaan respon yaitu usia, spiritual, mobilisasi, pengalaman nyeri sebelumnya, dan pola koping. Untuk rumah sakit, dapat menjadi bahan masukan untuk menetapkan standar operasional prosedur teknik relaksasi nafas dalam di RSUD Sleman.

Kata kunci: Teknik relaksasi nafas dalam, nyeri, apendiktomi.

[4] Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
[5] Dosen Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
[6] Dosen Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan sangat penting bagi kehidupan manusia. Oleh karena itu, sebagai petugas kesehatan khususnya perawat, memiliki tanggung jawab meningkatkan keterampilan dalam memberikan pelayanan dengan baik (Depkes, 2008). Perkembangan zaman saat ini, juga mempengaruhi gaya hidup atau kebiasaan sehari-hari. Misalnya kurangnya mengkonsumsi makanan berserat yang menjadi salah satu penyebab apendisitis (Muttaqin, 2013).

Menurut Corwin (2009), apendisitis adalah suatu peradangan yang terjadi tanpa penyebab yang jelas, dapat terjadi karena obstruksi feses, atau terpuntirnya apendiks, atau pembuluh darahnya. Sedangkan menurut Smeltzer & Bare (2009), apendisitis akut adalah peradangan pada rongga bawah kanan abdomen yang merupakan penyebab dilakukannya bedah abdomen darurat.

Apendisitis belum diketahui penyebabnya secara spesifik, tetapi ada beberapa faktor presdiposisi yang dapat menjadi penyebab yaitu obstruksi lumen yang disebabkan oleh adanya feses di dalam lumen apendiks kemudian benda benda asing seperti biji-bijian juga dapat menyebabkan ostruksi. Selain itu, infeksi dari kuman E.Histolyca dan Streptococus juga dapat menyebabkan infeksi di apendiks. Sehingga terjadi peradangan dan membutuhkan penanganan segera (Corwin, 2009).

Penanganan apendisitis terbagi menjadi 3 tahap. Tahap pertama, pada saat sebelum operasi dilakukan observasi selama 8-12 jam setelah munculnya keluhan. Tahap kedua, setelah dilakukan observasi jika apendisitis tidak mengalami komplikasi seperti apendisitis perforasi maka tidak diberikan antibiotik. Tahap ketiga, jika tidak terjadi komplikasi maka dilakukan pembedahan apendiks atau disebut apendiktomi (Price & Wilson, 2012)

Apendiktomi adalah pembedahan dengan cara pengangkatan apendiks. Apendiktomi merupakan operasi pembuangan apendiks (Smeltzer & Bare, 2009). Tindakan apendiktomi merupakan bagian dari prosedur laparatomi. Pasien post laparatomi memerlukan perawatan yang maksimal untuk mempercepat pengembalian fungsi tubuh (Pristahayuningtyas et al, 2016).

Menurut WHO tahun 2009 prevalensi tindakan operasi di Amerika Serikat tahun 2009 dari 27 juta orang yang menjalani operasi setiap pelayanan kesehatan. Penyakit apendisitis merupakan penyakit dengan urutan keempat terbanyak pada tahun 2006 di Indonesia. Data yang dirilis oleh Departemen Kesehatan RI pada tahun 2008 jumlah penderita apendisitis di Indonesia mencapai 591.819 orang dan meningkat pada tahun 2009 sebesar 596.132 orang. Kelompok usia yang umumnya mengalami apendisitis yaitu pada usia Antara 10-30 tahun.

Berdasarkan Riskesdas (2009), tindakan bedah menempati urutan ke-11 dari 50 pertama penyakit di rumah sakit se-Indonesia dengan persentase 12,8% yang diperkirakan 32% diantaranya merupakan tindakan bedah apendiktomi.

Tindakan apendiktomi dapat menyebabkan nyeri akut serta gangguan mobilitas fisik. Pada klien yang mengalami nyeri akut akan menghambat proses penyembuhan, sehingga dapat meningkatkan resiko komplikasi yaitu imobilisasi sehingga rehabilitasi dapat tertunda dan hospitalisasi menjadi lama jika nyeri akut tidak terkontrol sehingga harus menjadi prioritas perawatan (Potter & Perry, 2010). Dampak nyeri apabila nyeri yang berkepanjangan pada pasien maka klien akan mengeluh perasaan lemah, gangguan tidur, dan keterbatasan fungsi. Akan ditunjukkan suasana hati depresif menjadi frustasi dengan pengobatan medis (Black & Hawks, 2014).

Nyeri post operasi disebabkan oleh berbagai faktor. Faktor yang mempengaruhi intensitas dan lamanya nyeri pada tiap individu berbeda. Menurut Potter dan Perry (2010), faktor tersebut antara lain keyakinan, ansietas, gaya koperasiing, dukungan keluarga, keletihan, dan pengalaman sebelumnya. Pada keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri karena beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah maka mempengaruhi pengeluaran fisiologis operasiiate endogen sehingga terjadi persepsi nyeri. Pada ansietas, seseorang yang mengalami kecemasan akan meningkatkan persepsi nyeri. Keletihan juga dapat menyebabkan nyeri karena menurunkan kemampuan koperasiing. Dukungan sosial keluarga, kehadiran keluarga akan meminimalkan perasaan ketakutan dan kecemasan terhadap nyeri, terutama bagi anak-anak. Selanjutnya yaitu perhatian, semakin seseorang memusatkan perhatian terhadap area nyeri, maka akan meningkat juga

persepsi nyerinya. Yang terakhir yaitu pengalaman pembedahan sebelumnya, karena bila pembedahan ditempat yang sama rasa nyeri tidak sehebat nyeri pembedahan sebelumnya.

Hierarki Maslow mengatakan bahwa kebutuhan rasa nyaman harus terpenuhi. Seorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktifitas sehari-harinya. Orang tersebut akan terganggu pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidurnya, pemenuhan individual juga aspek interaksi sosialnya yang dapat berupa menghindari percakapan, menarik diri, dan menghindari kontak. Selain itu, seorang yang mengalami nyeri hebat akan berkelanjutan apabila tidak ditangani pada akhirnya dapat mengakibatkan syok neurologik pada orang tersebut (Istichomah, 2007). Untuk mengatasi masalah pada klien maka diperlukan manajemen nyeri (Potter & Perry, 2010).

Manajemen nyeri dapat dilakukan dengan pemberian terapi farmaka dan non farmaka. Beberapa terapi non farmaka yang dapat mengurangi nyeri yaitu gambaran dan fikiran (*guide imagery*), yoga, dan relaksasi nafas dalam (Smeltzer & Bare, 2009). Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri post operasi. Relaksasi otot progresif dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang dapat menunjang nyeri (Smeltzer & Bare, 2009).

Penelitian Yusrizal (2012), tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi apendiktomi di ruang bedah RSUD Dr.Muhammad Zein, didapatkan hasil bahwa terdapat

pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap skala nyeri pada pasien post operasi apendiktomi, sedangkan menurut penelitian Faridah (2015), tentang penurunan tingkat nyeri pasien post operasi apendiktomi dengan teknik distraksi nafas ritmik di Ruang Bougenvile RSUD Dr.Soegiri Lamongan, didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh teknik distraksi nafas ritmik terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi apendiktomi.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh penulis di Ruang Alamanda 1, didapatkan hasil bahwa kejadian apendisitis dengan tindakan apendiktomi di RSUD Sleman cukup banyak, jika dikategorikan menjadi 10 besar maka kejadian apendisitis dengan tindakan apendiktomi menempati urutan ketiga setelah fraktur dan tumor/kanker di Ruang Alamanda 1. Dari data hasil buku register didapatkan pasien apendisitis yang dilakukan pembedahan di Ruang Alamanda 1 RSUD Sleman pada 6 bulan yang lalu atau dari bulan Oktober – April yaitu sebanyak 147 pasien dan rata-rata setiap bulannya yaitu ± 20 pasien.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk mengambil judul "Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman di RSUD Sleman"

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut "Bagaimana penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien post operasi apendiktomi dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman di RSUD Sleman?"

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

   Mendeskripsikan penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien post operasi apendiktomi dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman di RSUD Sleman.

2. Tujuan Khusus

   a. Teridentifikasinya hasil penerapan teknik relaksasi nafas dalam untuk pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman pada pasien post operasi apendiktomi di RSUD Sleman

   b. Teridentifikasinya perbedaan faktor tingkat nyeri pada dua pasien dengan teknik relaksasi nafas dalam untuk pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman di RSUD Sleman.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat teoritis

   Menambah wawasan, pengetahuan, serta bahan kajian mahasiswa tentang penerapan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri post operasi apendiktomi.

2. Manfaat Praktis

   a. Bagi Rumah Sakit

      Hasil penerapan penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi rumah sakit dalam menetapkan kebijakan-kebijakan untuk pasien post operasi apendiktomi dan meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya dalam

menangani pasien yang mengalami nyeri post operasi, serta dapat membentuk citra baik di masyarakat karena pasien merasa diperhatikan dan kebutuhan rasa aman dan nyaman terpenuhi sehingga pada akhirnya pasien merasa puas.

b. Bagi perawat RS

Dapat menjadi informasi atau bahan asuhan keperawatan dalam mengatasi nyeri pada pasien post operasi apendiktomi.

c. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Dapat menjadi bahan referensi dan masukan mengenai penerapan teknik relaksasi nafas dalam.

d. Bagi Penulis

Menambah wawasan ilmu pengetahuan, pengalaman dan perkembangan pribadi terutama dari segi ilmiah menerapkan ilmu yang telah diperoleh.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Apendisitis

1. Pengertian

Apendisitis adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu feses kemudian terjadi proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks verivormis (Nugroho, 2011). Apendisitis merupakan peradangan yang berbahaya jika tidak ditangani segera bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Williams & Wilkins, 2011). Apendisitis adalah suatu peradangan yang berbentuk cacing yang berlokasi dekat ileosekal (Reksoprojo, 2010).

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing. Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Sjamsuhidajat, 2010).

2. Klasifikasi

Klasifikasi apendisitis menurut Nurafif & Kusuma (2013) terbagi menjadi 3 yaitu :

a. Apendisitis akut, radang mendadak di umbai cacing yang memberikan tanda, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum lokal.

b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama sembuh spontan.

c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu (sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa), dan keluhan hilang setelah apendiktomi.

3. Etiologi

Apendisitis akut merupakan infeksi bakteria. Berbagai hal menjadi faktor penyebabnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor pencetus disamping hyperplasia jaringan limfe, batu feses, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat juga menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga menimbulkan apendisitis yaitu erosi mukosa apendiks karena parasit seperti E.Histolytica (Sjamsuhidajat, 2010).

4. Patofisiologi

Apendisitis kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh fses 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 fibrinopurulenta 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 (Burkit, Quick & Reed, 2007).

5. Manifestasi Klinis

   Menurut Wijaya AN dan Putri (2013), gejala-gejala permulaan pada apendisitis yaitu nyeri atau perasaan tidak enak sekitar umbilikus diikuti anoreksia, nausea dan muntah, ini berlangsung lebih dari 1 atau 2 hari. Dalam beberapa jam nyeri bergeser ke nyeri pindah ke kanan bawah dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum lokal di titik Mc. Burney, nyeri rangsangan peritoneum tidak langsung, nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan, nyeri pada kuadran kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti nafas dalam, berjalan, batuk, dan mengedan, nafsu makan menurun, demam yang tidak terlalu tinggi, biasanya terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare.

6. Komplikasi

   Komplikasi yang terjadi pada apendisitis menurut Smeltzer dan Bare (2009). yaitu :

   a. Perforasi

      Perforasi berupa massa yang terdiri dari kumpulan apendiks, sekum, dan letak usus halus. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan

suhu 39,5^{0}C tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis meningkat akibat perforasi dan pembentukan abses.

b. Peritonitis

Peritonitis yaitu infeksi pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi 39^{0}C – 40^{0}C menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang jarang.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang post operasi apendiktomi menurut Wijaya dan Putri (2013), yaitu:

a. Laboratorium

Pada pemeriksaan ini leukosit meningkat rentang 10.000 –hingga 18.000 / mm^{3,} kemudian neutrofil meningkat 75%, dan WBC meningkat sampai 20.000 mungkin indikasi terjadinya perforasi (jumlah sel darah merah)

b. Data Pemeriksaan Diagnostik

Radiologi yaitu pada pemeriksaan ini foto colon menunjukkan adanya batu feses pada katup. Kemudian pada pemeriksaan barium enema :menunjukkan apendiks terisi barium hanya sebagian.

8. Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan post operasi apendiktomi dibagi menjadi tiga (Brunner & Suddarth, 2010), yaitu:

a. Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah munculnya keluhan perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis. Diagnosis ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan.

2) Antibiotik

Apendisitis ganggrenosa atau apenditis perforasi memerlukan antibiotik, kecuali apendiksitis tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau preforasi.

b. Operasi

Operasi / pembedahan untuk mengangkat apendiks yaitu apendiktomi. Apendiktomi harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau dengan laparoskopi. Laparoskopi merupakan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010).

Apendiktomi dapat dilakukan dengn menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional laparatomi) atau dengan teknik laparoskopi yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive dengan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010).

1) Laparatomi

Laparatomi adalah prosedur vertical pada dinding perut ke dalam rongga perut. Prosedur ini memungkinkan dokter melihat dan merasakan organ dalam untuk membuat diagnosa apa yang salah. Adanya teknik diagnosa yang tidak invasif, laparatomi semakin kurang digunakan dibanding terdahulu. Prosedur ini hanya dilakukan jika semua prosedur lainnya yang tidak membutuhkan operasi, seperti laparoskopi yang seminimal mungkin tingkat invasifnya juga membuat laparatomi tidak sesering terdahulu. Bila laparatomi dilakukan, begitu organ-organ dalam dapat dilihat dalam masalah teridentifikasi, pengobatan bedah harus segera dilakukan.

Laparatomi dibutuhkan ketika ada kedaruratan perut. Operasi laparatomi dilakukan bila terjadi masalah kesehatan yang berat pada area abdomen, misalnya trauma abdomen. Bila klien mengeluh nyeri hebat dan gejala-gejala lain dari masalah internal yang serius dan kemungkinan penyebabnya tidak terlihat seperti usus buntu, tukak peptik yang berlubang, atau kondisi ginekologi maka dilakukan operasi untuk menemukan dan mengoreksinya sebelum terjadi keparahan lebih. Laparatomi dapat berkembang menjadi pembedahan besar diikuti oleh transfusi darah dan perawatan intensif (David dkk, 2009).

2) Laparoskopi

Laparaskopi berasal dari kata lapara yaitu bagian dari tubuh mulai dari iga paling bawah samapi dengan panggul. Teknologi laparoskopi ini bisa digunakan untuk melakukan pengobatan dan juga mengetahui penyakit yang belum diketahui diagnosanya dengan jelas.

Keuntungan bedah laparoskopi :

a) Pada laparoskopi, penglihatan diperbesar 20 kali, memudahkan dokter dalam pembedahan.
b) Secara estetika bekas luka berbeda dibanding dengan luka operasi pasca bedah konvensional. Luka bedah laparoskopi berukuran 3 sampai 10 mm akan hilang kecuali klien mempunyai riwayat keloid.
c) Rasa nyeri setelah pembedahan minimal sehingga penggunaan obat-obatan dapat diminimalkan, masa pulih setelah pembedahan lebih cepat sehingga klien dapat beraktivitas normal lebih cepat.

c. Setelah operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan. Baringkan klien dalam posisi semi fowler. Klien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu klien dipuasakan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi klien dianjurkan duduk tegak di temmpat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua

dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh dapat diangkat dan dibolehkan pulang (Mansjoer, 2010)

B. Asuhan Keperawatan Klien dengan Apendiktomi

1. Pengkajian

   Menurut Potter & Perry (2010), pengkajian keperawatan klien dengan post apendiktomi yaitu :

   a. Sistem pernafasan

      Kaji patensi jalan nafas, laju nafas, irama ke dalam ventilasi, simteri gerakan dinding dada, suara nafas, dan warna mukosa.

   b. Sirkulasi

      Penderita beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler yang disebabkan oleh hilangnya darah dari tempat pembedahan, efek samping dari anestesi. Pengkajian yang telah diteliti terhadap denyut dan irama jantung, bersama dengan tekanan darah, mengungkapkan status kardiovaskular penderita. Kaji sirkulasi kapiler dengan mencatat pengisian kembali kapiler, denyut, serta warna kuku dan temperatu kulit. Masalah umum awal sirkulasi adalah perdarahan. Kehilangan darah dapat terjadi secara eksternal melalui saluran atau sayatan internal.

   c. Sistem Persarafan

      Kaji refleks pupil dan muntah, cengkeraman tangan, dan gerakan kaki. Jika penderita telah menjalani operasi melibatkan sebagian sistem saraf, lakukan pengkajian neurologi secara lebih menyeluruh.

d. Sistem Perkemihan

Anestesi epidural atau spinal sering mencegah penderita dari sensasi kandung kemih yang penuh. Raba perut bagian bawah tapat di atas simfisis pubis untuk mengkaji distensi kandung kemih. Jika penderita terpasang kateter urine, harus ada aliran urine terus-menerus sebanyak 30-50 ml/jam pada orang dewasa. Amati warna dan bau urine, pembedahan yang melibatkan saluran kemih biasanya akan menyebabkan urine berdarah paling sedikit selama 12 sampai 24 jam, tergantung pada jenis operasi.

e. Sistem Pencernaan

Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Perawat perlu memantau asupan oral awal penderita yang berisiko menyebabkan aspirasi atau adanya mual dan muntah. Kaji juga kembalinya peristaltik setiap 4 sampai 8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal, 5-30 bunyi keras per menit pada masing-masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik yang telah kembali. Suara denting tinggi disertai oleh distensi perut menunjukkan bahwa usus tidak berfungsi dengan baik. Tanyakan apakah penderita membuang gas (flatus), ini merupakan tanda penting yang menunjukkan fungsi usus normal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi apendiktomi berdasarkan NANDA (2010), adalah sebagai berikut :

a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan efek residu anestesi.
b. Kebersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi mukosa.
c. Nyeri berhubungan dengan luka insisi pasca bedah dan posisi selama pembedahan.
d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka pasca bedah, drain atau infeksi luka operasi.
e. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan selama operasi.
f. Perubahan pola eliminasi : penurunan berhungan dengan agen anestesi dan imobilisasi.
g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan pembedahan dan lamanya bed rest.
h. Selfcare deficit berhubungan dengan luka operasi, nyeri dan regimen terapi.
i. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang regimen terapi.

3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien post operasi apendisitis menurut Wilkinson dan Ahern (2013) :

a. Nyeri Akut
    1) Kriteria hasil :

Memperlihatkan pengontrolan nyeri yang dibuktikan oleh indicator sebagai berikut :

a) Mengenali awitan nyeri
b) Menggunakan tindakan pencegahan
c) Melaporkan nyeri dapat dikendalikan

2) Intervensi Keperawatan

a) Observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, khususnya pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi efektif
b) Minta penderita untuk menilai nyeri atau ketidaknyamanan pada skala 0 samapi 10 (0 = tidak ada nyeri atau ketidaknyamanan, 10 = nyeri hebat).
c) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.
d) Informasikan kepada penderita tentang prosedur yang dapat meningkatkan nyeri
e) Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berlangsung dan antisipasi ketidaknyamanan akibat prosedur.
f) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis misalnya teknik relaksasi nafas dalam.

g) Bantu penderita untuk lebih fokus pada aktivitas, bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan melalui televisi, radio,tape, dan interaksi dengan pengunjung

h) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon penderita terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan)

i) Pastikan pemberian analgesik terapi atau strategi nonfarmakologis sebelum melakukan prosedur yang menimbulkan nyeri.

4. Implementasi Keperawatan

   Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2010).

5. Evaluasi

   Menurut (Craven & Hirnle, 2007), evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan Antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku yang ditunjukkan klien.

C. Teori Nyeri

1. Definisi Nyeri

   Nyeri merupakan suatu kondisi yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik atau mental,

sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual pada setiap individu. Nyeri bersifat subjektif dan bersifat individual (Potter & Perry 2010). Nyeri adalah sensori yang muncul akibat stimulus nyeri yang berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik (Prasetyo, 2010). Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman dan sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Mubarak, 2007).

2. Klasifikasi Nyeri

   Menurut Monahan, dkk (2007), nyeri diklasifikasikan menjadi dua antara lain:

   a. Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya ada luka karena cedera atau operasi.
   b. Nyeri kronis didefinisikan sebagai suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya. Nyeri kronis biasanya terjadi pada rentang waktu 3-6 bulan.

3. Patofisiologi nyeri

   Proses terjadinya nyeri menurut Hartanti (2008) adalah sebagai berikut: ketika bagian tubuh terluka oleh tekanan, potongan, sayatan, dingin, atau kekurangan O2 pada sel, maka bagian tubuh yang terluka akan mengeluarkan berbagai macam substansi yang normalnya ada di intraseluler. Ketika substansi

intraseluler dilepaskan ke ekstraseluler maka akan mengiritasi nosiseptor. Syaraf ini akan terangsang dan bergerak sepanjang serabut syaraf atau neurotransmisi yang akan menghasilkan substansi yang disebut neurotransmiter, yang membawa pesan nyeri dari medula spinalis ditransmisikan ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi respon nyeri

   Menurut Tamsuri (2008), ada berbagai macam faktor yang berpengaruh terhadap setiap respon nyeri setiap individu yaitu antara lain:

   a. Usia

      Respon nyeri pada semua umur berbeda-beda dimana pada anak masih belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak.

   b. Jenis kelamin

      Laki-laki dan wanita berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya (tidak pantas kalau laki-laki mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri).

   c. Kultur

      Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.

   d. Makna nyeri

Berhubungan dengan bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya.

e. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan teknik umtuk mengatasi nyeri.

f. Ansietas

Kecemasan akan meningkatkan persepsi terhadap nyeri. Sebaliknya, nyeri dapat menyebabkan seorang individu menjadi cemas.

g. Pengalaman masa lalu

Seorang individu yang pernah berhasil mengatasi nyeri di masa lalu dan saat ini nyeri yang sama muncul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seorang individu untuk mengatasi nyeri bergantung pada pengalaman di masa lalu dalam mengatasi nyeri.

h. Pola koping

Pola koping yang adaptif akan mempermudah seorang individu mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptif akan menyulitkan seorang individu untuk mengatasi nyeri.

i. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri sering bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan.

5. Penatalaksanaan nyeri

Menurut Tamsuri (2008), adalah sebagai berikut :

a. Pendekatan farmakologis

Analgetik Opioid (narkotik), Nonopioid/ NSAIDs (Nonsteroid – Inflamation Drugs) dan adjuvant, dan Ko-Analgesik.

b. Pendekatan non farmakologis

Metode pereda nyeri non farmakologis biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut mungkin diperlukan atau tidak sesuai untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit. Dalam hal ini terutama saat nyeri hebat yang berlangsung berjam-jam atau berhari-hari, mengkombinasi teknik non farmakologis dengan obat-obatan mungkin cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri.

1) Distraksi

Pengalihan dari focus terhadap nyeri ke stimulus lain, missal melihat pertandingan, menonton televise, membaca Koran, melihat pemandangan, gambar, gambar termasuk distraksi

6. Penilaian respon intensitas nyeri

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala (Potter & Perry, 2010) yaitu sebagai berikut :

a. Skala deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala deskriptif verbal (Verbal Descriptor Scale) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari tidak terasa nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Potter & Perry, 2010).

b. Skala numerik

Skala penilaian numerik (Numeric Rating Scale) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Potter & Perry, 2010). Contoh pasien post operasi apendiktomi hari

pertama menunjukkan skala nyerinya 8, setelah dilakukan intervensi keperawatan, hari ketiga perawatan pasien menunjukkan skala nyerinya 4.

c. Skala analog visual

Skala analog visual (Visual Analog Scale) adalah suatu garis lurus/ horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titi pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan "tidak ada" atau "tidak nyeri" sedangkan ujung kanan biasanya menandakan "berat" atau "nyeri yang paling buruk". Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari "tidak ada nyeri" diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer & Bare, 2009). Wong dan Baker (1988) dalam Potter & Perry (2006) mengembangkan skala wajah untuk mengkaji nyeri pada anak-anak.

D. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Definisi Relaksasi

Relaksasi adalah hilangnya ketegangan otot yang dicapai dengan teknik yang disengaja (Smeltzer & Bare, 2009). Pernafasan dalam adalah pernafasan melalui hidung, pernafasan dada rendah dan pernafasan perut dimana perut mengembang secara perlahan saat menarik dan mengeluarkan nafas (Smith, 2007). Teknik relaksasi nafas dalam merupakan bentuk asuhan

keperawatan, disini perawat mengajarkan klien tentang bagaimana cara melakukan nafas dalam (Smeltzer & Bare, 2009).

2. Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi bertujuan untuk mengatasi atau menurunkan kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang, serta mengurangi nyeri dan menurunkan ketegangan otot yang berhubungan dengan fisiologis tubuh (Kozier, 2010).

Teknik relaksasi nafas dalam mampu menurunkan nyeri pada pasien post operasi, hal ini terjadi karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam neyri pasca operasi atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam (Majid et al, 2011).

Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat hormon yang dihasilkan yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison. Kadar $PaCO_2$ akan meningkat dan menurunkan PH, sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Majid et al, 2011).

3. Jenis Relaksasi

Ada beberapa jenis cara yang dapat dilakukan dalam melakukukan relaksasi, menurut Trullyen (2013), dibagi menjadi lima yaitu :

a. Posisi relaksasi dengan terlentang

Letakkan kaki terpisah satu sama lain dengan jari-jari kaki agak meregang lurus kea rah luar, letakkan pada lengan pada sisi tanpa menyentuh sisi

tubuh, pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang dan gunakan bantal yang tipis dan kecil di bawah kepala.

b. Posisi relaksasi dengan berbaring

Berbaring miring, kedua lutut ditekuk, dibawah kepala diberi bantal dan dibawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tidak menggantung.

c. Posisi relaksasi dengan keadaan berbaring terlentang

Kedua lutut ditekuk, berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk, kedua lengan disamping telinga.

d. Posisi relaksasi dengan duduk

Duduk dengan seluruh punggung bersandar pada kursi, letakkan kaki pada lantai, letakkan kaki terpisah satu sama lain, gantungkan lengan pada sisi atau letakkan pada lengan kursi dan pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang.

4. Langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Potter dan Perry (2010), langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam yaitu :

1) Ciptakan lingkungan tenang, usahakan tetap rileks dan tenang.
2) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3 perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
3) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali, menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.

4) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks, usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam, pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri.
5) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang.
6) Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
7) Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas dangkal dan cepat.

BAB III
METODOLOGI STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

Metode yang digunakan yaitu deskriptif studi kasus, yaitu untuk mengetahui penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien post operasi apendiktomi dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman di bangsal Alamanda 1 RSUD Sleman, yang mengobservasi respon pasien terhadap penggunaan teknik relaksasi nafas dalam.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dalam studi kasus ini adalah dua pasien dengan diagnosa medis post operasi apendiktomi hari pertama yang tanpa komplikasi dan keluarga yang menunggui yang diamati dengan pendekatan asuhan keperawatan, pasien dalam kesadaran penuh, dapat berkomunikasi dengan baik, dan menyetujui lembar *informed consent*.

C. Fokus Studi

Fokus studi pada penelitian ini yaitu asuhan keperawatan pada pasien post operasi apendiktomi di bangsal Alamanda 1 RSUD Sleman, terutama pada respon pasien terhadap penerapan teknik relaksasi nafas dalam dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman.

D. Definisi Operasional Fokus Studi

Teknik relaksasi nafas dalam yaitu suatu teknik pernafasan yang dikhususkan untuk mengurangi nyeri dalam skala ringan sampai sedang pada

pasien post operasi apendiktomi di RSUD Sleman. Teknik ini dilakukan dengan cara menghirup pernafasan sedalam-dalamnya melalui hidung ditahan dengan hitungan 7 detik atau semampunya kemudian mengeluarkannya melalui mulut secara perlahan-lahan dengan jumlah hirupan 3-5 kali yang dilakukan dengan posisi tidur telentang atau posisi duduk dengan rileks.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus pada penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari format pendokumentasian asuhan keperawatan, standar operasional prosedur teknik relaksasi nafas dalam, dan lembar observasi penurunan skala nyeri

F. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada pasien dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

1. Tahap Persiapan

   Melakukan pembuatan proposal studi kasus teknik relaksasi nafas dalam yang kemudian dilanjutkan dengan ujian proposal dan setelahnya dilakukan perbaikan. Mengajukan persetujuan *ethical clearance* di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan melengkapi format pengkajian, asuhan keperawatan, serta lembar persetujuan pasien. Melakukan perizinan studi pendahuluan ke Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik, serta melakukan pengajian perizinan penelitian studi kasus di RSUD Sleman.

2. Tahap pelaksanaan

   Memberikan surat izin melakukan studi kasus kepada kepala ruang Bangsal Alamanda 1. Mengumpulkan data pengkajian untuk menemukan

masalah sesuai dengan kasus melalui catatan medis pasien, menanyakan pada petugas kesehatan lain dan observasi langsunguntuk memastikan kondisi nyata kasus dengan wawancara. Menentukan pasien dengan diagnosa keperawatan yang sama yaitu nyeri dengan kebutuhan intervensi yang sama yaitu melakukan penerapan teknik relaksasi nafas dalam. Selanjutnya, meminta izin kepada pasien atas ketersediaan pasien sebagai responden dengan mengisi lembar persetujuan (*informed consent*).

Melaksanakan pengamatan terhadap penerapan teknik relaksasi nafas dalam selama 3 hari. Pengamatan dilakukan dengan selalu melihat dan mencatat respon nyeri pasien setiap hari selama dilakukan penerapan teknik relaksasi nafas dalam, mencakup observasi penerapan teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan, serta respon perubahan nyeri pasien.

3. Tahap akhir

   Mengobservasi hasil respon setelah dilaksanakan penerapan teknik relaksasi nafas dalam, membandingkan perbedaan dan persamaan respon dari dua pasien yang telah diberikan intervensi dengan prosedur yang sama, yaitu dari intensitas penurunan tingkat nyeri, kemudian mencari penyebab perbedaan dan persamaan respon dari kedua pasien.

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian studi kasus ini dilaksanakan di bangsal Alamanda 1 RSUD Sleman dengan waktu studi kasus pada bulan Mei 2018.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisa data dibuat dengan model analisa deskriptif yang didapatkan dari hasil respon penerapan intervensi teknik relaksasi nafas dalam pada ledua pasien, sedangkan penyajian data yang disajikan dalam laporan karya tulis ilmiah ini berupa laporan dalam bentuk narasi tentang hasil respin pasien terhadap penerapan teknik relaksasi nafas dalam di RSUD Sleman.

I. Etika Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan secara etik dengan surat izin studi kasus kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik dan direktur RSUD Sleman Yogyakarta. Selain itu, lembar persetujuan sebagai pasien (*informed consent*) diberikan sebagai bentuk persetujuan antara penulis dengan pasien. Untuk menjaga kerahasiaan yaitu dengan tidak memberikan atau mencantumkan nama pasien tetapi hanya menggunakan nama inisial dalam pengumpulan data dan pelaporan.

BAB IV
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum RSUD Sleman

Studi kasus ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta bangsal Alamanda 1. Rumah sakit ini beralamat di Jalan Bhayangkara No. 48, Murangan, Triharjo, Sleman, Yogyakarta. RSUD Sleman Yogyakarta merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah Kabupaten Sleman Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Salah satu bangsal yang terdapat di RSUD Sleman yaitu bangsal Alamanda 1. Bangsal Alamanda 1 memiliki satu *nurse station*, ruang obat, ruang konsultasi, bangsal kelas dua, ruang linen bersih, tempat cuci alat non medis, ruang alat medis gudang dan lima bangsal kelas tiga serta satu WC pegawai, 4 WC pasien, dan satu tangga darurat. Bangsal Alamanda 1 terdapat 19 perawat diantaranya 1 Karu, 2 perawat primer, dan 16 perawat asosiatif. Dari 19 perawat tersebut kualifikasi pendidikan formal tenaga keperawatan rata-rata berpendidikan DIII keperawatan.

Pelayanan RSUD Sleman Yogyakarta di Bangsal Alamanda 1 yaitu pembedahan Telinga Hidung dan Tenggorokan (THT), pembedahan urologi, pembedahan mata, bedah umum, pembedahan ortopedi. Rata-rata jumlah operasi setiap hari sebanyak 15 operasi yang dilakukan mulai dari hari Senin sampai dengan hari Jumat.

Karakteristis responden di RSUD Sleman Bangsal Alamanda 1 yang mengalami apendisitis sebagian besar berusia 18-25 tahun.

Penelitian Ibrahim (2013) juga menyebutkan bahwa mayoritas respondennya berusia dewasa awal 18-25 tahun. Menurut penulis karena pada usia dewasa awal ini biasanya memiliki kesibukan yang tinggi, tidak memiliki waktu untuk memperhatikan kesehatannya sehingga pola makan tidak terjaga. Secara teori pola makan yang tidak teratur dan rendah serat akan menyebabkan konstipasi yang akan berujung naiknya tekanan intrasekal penyebab apendisitis (Muttaqin dan Sari, 2011).

Bangsal Alamanda 1 RSUD Sleman pada kasus apendisitis banyak dijumpai pada wanita. Terdapat perbandingan wanita 12:1 daripada pria. Secara teori penderita apendisitis banyak terdapat pada pria dengan perbandingan 1,4 persen daripada wanita (Muttaqin dan Sari, 2011). Penelitian Kalesaran (2012) juga mengatakan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki karena lebih banyak menghabiskan waktu diluar rumah untuk bekerja dan mengkonsumsi makanan *fast food.* Makanan ini dapat menyebabkan obstruksi usus sehingga menimbulkan masalah sistem pencernaan yaitu apendisitis.

2. Kasus Kelolaan

a. Kasus I

1) Pengkajian

a) Identitas Klien

Pasien bernama Nn. A, berjenis kelamin perempuan, berumur 18 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir Nn. A adalah SLTP dan pekerjaannya sebagai seorang pelajar. Nn. A

bertempat tinggal di Molodono, Lumbungrejo, Tempel, Sleman, Yogyakarta. Diagnosa medis Nn. A *Apendicitis Acute* dengan nomor RM 346588 dan masuk rumah sakit pada tanggal 14 Mei 2018 pukul 13.30 WIB. Penanggung jawab Nn. A adalah Ny. P. Ny. P adalah ibu dari Nn. A. Ny. P berumur 42 tahun, pendidikan terakhir Ny. P adalah SMA dan pekerjaannya Ibu Rumah Tangga. Ny. P bertempat tinggal di Molodono, Lumbungrejo, Tempel, Sleman, Yogyakarta.

b) Riwayat Kesehatan

Pengkajian dilakukan tanggal 15 Mei 2018 pukul 18.30 WIB, pengkajian dilakukan dengan menggunakan metode *autoanamnesa* dan *alloanamnesa*. Keluhan utama yang dirasakan saat pengkajian Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah), nyeri dengan skala 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri terasa saat tidak digunakan untuk beraktifitas dan ketika muncul berdurasi selama ± 8 menit.

Dalam riwayat penyakit sekarang Nn. A mengatakan satu minggu yang lalu (Selasa) mengalami demam, mual muntah saat di lapangan sekolah. Badan panas dan nyeri di bagian perut sebelah kanan. Kemudian pada hari Rabu dibawa ke Puskesmas Tempel 1 kemudian di tes laboratorium, setelah hasil lab selesai pada hari itu juga langsung dibawa ke Poli

Bedah RSUD Sleman Yogyakarta. Kemudian dilakukan pemeriksaan USG pada hari Sabtu di RSUD Sleman, hasil keluar Senin. Kemudian Senin tanggal 14 Mei 2018 pukul 13.30 WIB mulai mondok di Ruang Alamanda 1 RSUD Sleman.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan sebelumnya pernah mengalami thypoid tetapi tidak mondok di rumah sakit. Pasien tidak memiliki alergi obat dan makanan. Riwayat kesehatan keluarga, pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti asma, diabetes melitus, dan penyakit menular seperti TBC.

Pasien merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Kedua orang tua Nn. A sehat tidak mempunyai keluhan. Kedua nenek Nn. A sudah meninggal. Nn. A tinggal tinggal bersama kedua orang tua dan adik laki-lakinya. Riwayat kesehatan lingkungan, pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih berada di pedesaanventilasi rumah selalu terbuka, udara tempat tinggal pasien masih sejuk dan bebas dari polusi udara.

c) Kesehatan Fungsional

(1) Pola nutrisi

Intake makanan sebelum sakit, pasien mengatakan makan sehari 2-3 kali sehari dengan menu nasi lauk dan

makan sayur kadang-kadang karena tidak begitu menyukai sayur. Makan habis 1 porsi. Selama sakit, pasien mengatakan menghabiskan diit yang diberikan oleh RS yaitu satu hari sebelum operasi diberikan diit nasi sayur lauk dan buah, kemudian hari hari kedua diberikan diit saring yaitu berupa bubur sum sum dan hanya menghabiskan setengah dari diit yang diberikan, dan hari ketiga diberikan diit saring (Bubur Sum-sum) habis 1 porsi

Intake cairan sebelum sakit, pasien mengatakan minum air putih kira kira 6 gelas dan minum teh sehari satu gelas. Jumlah ± 1400 cc. Selama sakit, pasien mengatakan hanya minum air putih sebanyak ± 6 gelas setiap hari (1200 cc).

(2) Pola eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan buang air besar sehari satu kali dengan konsistensi feses lunak dan berwarna kuning kecoklatan. Selama sakit, pasien mengatakan belum buang air besar setelah operasi.

Sebelum sakit, pasien mengatakan buang air kecil sebanyak 4-5 kali sehari, urine berwarna kuning, jumlah urine ± 750 cc. Selama sakit, pasien mengatakan buang air kecil sebanyak 5 kali sehari, urine berwarna kuning jernih, jumlah urine ± 650 cc.

(3) Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan belum bisa duduk, berdiri, dan berjalan karena takut dengan luka operasi, dan takut merasakan nyeri jika digerakkan. Pasien mengatakan hanya bisa miring kanan miring kiri. Untuk merubah posisi duduk ke posisi berbaring pasien dibantu oleh ibunya. Hasil dari pengukuran menggunakan skala ketergantungan menunjukkan skore 9 atau ketergantungan berat.

(4) Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit, pasien mengatakan jarang tidur siang karena sibuk sekolah sampai sore hari, kemudian tidur malam mulai pukul 10.00 WIB- 06.00 WIB. Total sehari tidur ± 6 jam.

Selama sakit, pasien mengatakan dihari pertama masuk rumah sakit tidur kurang nyenyak karena terganggu dengan suara pasien lain hanya tidur ± 5 jam sehari, tetapi di hari kedua dan ketiga pasien dapat tidur dengan nyenyak ± 6-8 jam sehari.

(5) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien mengatakan jika selama ini sakit langsung memeriksakannya ke Puskesmas Tempel I karena tidak begitu jauh dengan letak rumahnya.

(6) Pola hubungan

Pasien mengatakan menjalin hubungan yang baik dengan ayah, ibu, adik dan di lingkungan rumahnya. Pasien mempunyai seorang sahabat yang dekat dengan rumahnya dan hampir setiap hari menjenguknya selama di RS.

(7) Koping atau toleransi stres

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah selalu menceritakannya dengan sahabatnya maupun dengan ibunya. Selama ini tidak pernah memendam masalah sendirian.

(8) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Pasien dapat berbicara dengan normal tanpa hambatan. Bahasa yang dipakai sehari-hari adalah bahasa jawa. Pasien mengetahui tentang penyakitnya yaitu radang usus buntu. Pasien menganggap penyakitnya ini datang karena pola makannya yang sering salah.

(9) Konsep diri

Pola konsep diri meliputi, gambaran diri : pasien mengatakan bahwa mensyukuri seluruh anggota tubuh yang dimilikinya, harga diri : pasien mengatakan selama sakit ia selalu mendapat dukungan dari ayah, ibu, dan sahabatnya ditandai dengan mereka yang selalu ada untuk

menunggui selama dirawat di RS, peran diri : pasien mengatakan selama sakit ia tidak dapat melakukan aktifitasnya selama di sekolah yaitu belajar dan bertemu dengan teman-teman, ideal diri : pasien mengatakan ingin segera cepat sembuh dan ingin segera pulang ke rumah agar bisa kembali ke sekolah untuk melanjutkan studinya, identitas diri : pasien adalah seorang perempuan yang merupakan anak pertama dari kedua orangtuanya dan sebagai kakak untuk adiknya yang masih TK.

(10) Nilai dan keyakinan

Pasien menganut agama Islam. Selama sakit, pasien tidak menjalankan kewajiban sholat 5 waktu.

(11) Pola perseptual

Pola perseptual, penglihatan tidak ada gangguan penglihatan, pendengaran masih berfungsi dengan baik, tidak ada penggunaan alat bantu dengar tambahan, pengecapan pasien dapat merasakan asin, asam, manis. dan pahit, sensasi pasien dapat merasakan nyeri dan dingin.

d) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum

Dalam pemeriksaan fisik hasil pengkajian yang didapatkan pada Nn. A antara lain keadaan umum sedang,

Nn. A dalam kesadaran composmentis/ sadar penuh. Saat pengukuruan tanda-tanda vital didiapatkan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 72 kali/ menit dengan irama teratur dan kekuatan kuat, respirasi 16 kali/ menit dengan irama teratur, suhu 36,7^{o}C. Dengan tinggi badan 154 cm, berat badan 50 kg, indeks massa tubuh 21,08 m^2/kg.

(2) Pemeriksaan secara sistematik (*Cephalo-Caudal*)

(a) Kulit

Kulit berwarna sawo matang, bersih, tidak bersisik, kulit lembab, tidak ada udem, dan turgor kulit baik.

(b) Kepala

Bentuk kepala mesochepal, kulit kepala bersih, rambut sebahu, tidak ada lesi di kepala, pasien tampak meringis menahan sakit dan mengerutkan dahi.

Mata palpebra, tidak udem, tidak ditemukan konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil ishokor, reflek mata pasien terhadap cahaya positif. Tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

Bentuk hidung simetris, ada sekret, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada polip.

Kebersihan mulut terjaga, mukosa bibir lembab, lidah bersih, gigi bersih, tidak ada caries gigi, dan tidak ada perdarahan gusi.

Telinga simetris, tidak mengalami gangguan pendengaran, tidak ada cairan yang keluar dari telinga.

Leher, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran limfe.

(c) Dada

Secara inspeksi tidak ada lesi, warna kulit merata, tidak ada hiperpeigmentasi, tidak ada hirsutisme, tidak ada retraksi dad, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, pengembangan dada kanan dan kiri simetris, respirasi 18 x/menit.

Secara auskultasi suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambaha, suara S_1 – S_2 reguler pada jantung.

Secara perkusi sonor di seluruh lapang paru. Kanan : intercosta 1-5: sonor, intercosta 6 : dall. Kiri : intercosta 1-3: sonor, intercosta 4-6 : dall. Secara palpasi tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris.

(d) Abdomen

Inspeksi, tampak luka *post appendiktomi*, tidak ada pus, luka bersih, tidak bengkak, tidak kemerahan. Panjang luka ± 3 cm. Auskultasi, bising usus 10 kali/menit. Perkusi, tidak kembung/ timpani di kuadran II (kiri atas). Palpasi, nyeri skala 5 sekitar luka bila disentuh, diraba, dan ditekan pada perut bagian kanan bawah (kuadran 4), nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul saat sedang tidak beraktifitas, nyeri hilang timbul saat muncul selama ± 10 menit.

(3) Ekstermitas

Kaki kanan, pasien dapat menggerakkan kaki kanan secara mandiri, kekuatan otot 5, capilary refile < 2 detik, perabaan akral hangat.

Kaki kiri, pasien dapat menggerakkan kaki kiri secara mandiri, kekuatan otot 5, capilary refile < 2 detik, perabaan akral hangat.

Tangan kanan, perabaan akral hangat, kekuatan otot 5, ROM aktif, capilary refil < 2 detik. Tangan kiri, terpasang infus RL 20 tpm tidak ada tanda-tanda infeksi tusukan infus diganti setiap 3 hari sekali, perabaan akral hangat, kekuatan otot 4, ROM aktif, capilary refile < 2 detik.

(4) Pemeriksaan penunjang

(a) Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 14 Mei

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Nn. A

Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Rujukan
Hematologi		
Hemoglobin	11,2 gr/dl	12,0 – 16,0
Hematokrit	33 %	37 – 47
Lekosit	7,5 ribu/uL	4,5 - 11,0
Eritrosit	3,99 juta/uL	4,2 – 5,4
Trombosit	296 ribu/uL	150 – 440
MPV	10,1 fL	7,2 – 11,0
PDW	11,1 fL	9 – 13
Jenis Leukosit		
Basofil	0,4 %	0 – 1
Monosit	9,8 %	4 – 8
Eosinofil	3,6 %	1 – 6
Limfosit	33,0 %	22 – 40
Neutrofil	53,2 %	40 – 70
Hemostatis		
PT	13,3 detik	9 – 15
PT control	13,7 detik	-
INR	0,93 detik	0,8 – 1,2
APTT	36,3 detik	22 – 35
APTT control	29,1 detik	-

(b) Hasil pemeriksaan USG abdomen 15 Mei 2018

Kesan apendicitis acute, tak tampak kelainan pada hepar, vesika velea, lien, pancreas, kedua ren, vesika irinaria, vesica urinaria, maupun uterus, dan tak tampak limfa denopathy paraaorta.

(5) Terapi obat

Terapi obat pada Nn. A tanggal 15 Mei 2018 yaitu infus RL (*Ringer Laktat*) 20 tpm, terapi obat *ceftriaxone* 1gr/12 jam secara IV, *ketorolac* 30 mg/8jam secara IV, *ranitidine* 50 mg/12 jam secara IV.

2) Analisa data

Tabel 2. Analisa Data Nn. A

Data	Masalah	Penyebab
DS : Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah), nyeri dengan skala 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri terasa saat tidak digunakan untuk beraktifitas dan ketika muncul berdurasi selama ± 8 menit. DO : 1. Ekspresi wajah pasien tampak tegang 2. Pasien tampak meringis menahan sakit 3. Pasien tampak mengerutkan dahi Pasien tampak gelisah dan memindah-mindah posisi berbaring.	Nyeri akut	Agen cidera fisik : insisi pembedahan
DS : Pasien mengatakan ada luka post operasi. DO : Ada luka post appendiktomi, panjang luka ± 3 cm, tidak ada pus, tidak kemerahan, dan tidak bengkak.	Kerusakan integritas jaringan	Insisi pembedahan
DS : Pasien mengatakan belum bisa duduk, berdiri, dan berjalan karena takut dengan luka operasi, dan takut merasakan nyeri jika digerakkan. DO : 1. Pasien hanya berbaring dan hanya bisa miring kanan dan kiri. 2. Untuk merubah posisi duduk ke posisi berbaring pasien dibantu oleh ibunya 3. Dengan menggunakan skala ketergantungan skor berjumlah 9, yang menunjukkan ketergantungan berat.	Hambatan mobilitas fisik	Ketidaknyamanan (nyeri)

3) Diagnosa Keperawatan

a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik : insisi pembedahan ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah), nyeri dengan skala 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri terasa saat tidak digunakan untuk beraktifitas dan ketika muncul berdurasi selama ± 10 menit, ekspresi wajah pasien tampak tegang, pasien tampak meringis menahan sakit, dan pasien tampak mengerutkan dahi.

b) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan insisi pembedahan ditandai dengan pasien mengatakan ada luka post operasi, ada luka post appendiktomi, panjang luka ± 3 cm, tidak ada pus, tidak kemerahan, dan tidak bengkak.

c) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidaknyamanan (nyeri) ditandai dengan pasien mengatakan belum bisa duduk, berdiri, berjalan karena takut dengan luka operasi, takut merasakan nyeri jika digerakkan, pasien hanya berbaring dan hanya bisa miring kanan dan kiri, belum bisa mobilisasi duduk dan berjalan, ntuk merubah posisi duduk ke posisi berbaring pasien dibantu oleh ibunya, dan dengan menggunakan skala ketergantungan skor berjumlah 9 yang menunjukkan ketergantungan berat.

4) Intervensi keperawatan

a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik : insisi pembedahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam nyeri berkurang dengan kriteria hasil : nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 2, pasien tampak rileks, dan pasien mampu mengontrol nyeri.

Intervensi :

(1) Kaji nyeri, dasar lokasi, karakteristik, dan berat nyeri (0-10) dengan rasional sebagai dasar keefektifan intervensi dan penentu intervensi selanjutnya.

(2) Berikan posisi nyaman dengan rasional pasien nyaman mengurangi penekanan pada daerah nyeri

(3) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan rasional teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan suplai oksigen dalam darah sehingga

(4) Kelola pemberian analgetik *Ketorolac* 30 mg/ 8jam dengan rasional pemberian analgetik dapat menurunkan nyeri paska operasi.

(5) Observasi tanda-tanda vital dengan rasional dengan mengetahui TTV pasien, perawat dapat memantau kesehatan pasien.

b) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan insisi pembedahan.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tidak terjadi kerusakan integritas kulit dengan kriteria hasil: luka bersih, tidak terjadi tanda-tanda infeksi, menunjukkan terjadinya proses granulasi.

(1) Kaji keadaan luka dengan rasional merupakan data dasar menentukan intervensi selanjutnya.

(2) Jaga kebersihan daerah sekitar luka dan pertahankan agar tetap kering dengan rasional daerah sekitar luka yang kotor akan menyebabkan rasa gatal sehingga menimbulkan keinginan untuk menggaruk

(3) Lakukan perawatan luka dengan prinsip aseptik dengan rasional teknik aseptik dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi.

(4) Edukasi pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan daerah sekitar luka dengan rasional mengoptimalkan hasil perawatan secara mandiri.

c) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidaknyamanan (nyeri)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, hambatan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri:

makan, minum, duduk, berjalan, dan skala ketergantungan dari 9 (berat) menjadi 15 (ringan)

Intervensi :

(1) Observasi kemampuan mobilitas pasien dengan rasional mengetahui perkembangan mobilitas pasien

(2) Ajarkan dan latih pasien mobilitas secara bertahap (mi ka – mi ki – duduk – jalan) selama 3 hari dengan rasional mobilitas yang cukup secara bertahap untuk mengembalikan kemampuan aktivitas pasien.

(3) Bantu pasien berubah posisi dengan perlahan dengan rasional membantu mobilitas pasien secara sedikit demi sedikit

5) Implementasi dan evaluasi keperawatan

Diagnosa nyeri akut b.d. agen cidera fisik: insisi pembedahan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali didapatkan hasil:

a) Mengedukasi dan melatih teknik relaksasi nafas dalam pada hari Rabu, 16 Mei 2018 pukul 06.00 WIB dan evaluasi pukul 06.15 WIB dengan hasil :

Subyektif: Pasien menyatakan lebih nyaman setelah melakukan relaksasi nafas dalam, pasien menyatakan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk pada perut bagian

luka bekas operasi sebelah kanan bawah (kuadran 4) dan menjalar sampai perut bagian kiri, nyeri hilang timbul, nyeri terasa saat tidak digunakan untuk beraktifitas dan ketika muncul berdurasi selama ± 10 menit.

Obyektif : Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar, ekspresi wajah pasien masih agak tegang, pasien sedikit pucat, pasien mengerutkan dahi, komunikasi sedikit karena pasien agak menahan nyeri.

Asesment : Nyeri akut teratasi sebagian

Planning : Observasi tanda-tanda vital dan observasi skala nyeri dan penggunaan teknik relaksasi nafas besok Kamis, 19 April 2018.

b) Melatih nafas dalam dan mengobservasi skala nyeri pada hari Kamis, 17 Mei pukul 06.00 WIB dan evaluasi pada pukul 06.15 WIB dengan hasil :

Subyektif: Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan relaksasi nafas dalam. Nyeri dari skala 4 menjadi 3. Nyeri seperti ditusuk-tusuk pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah) dan menjalar sampai perut bagian kiri, nyeri hilang timbul, nyeri terasa saat tidak digunakan untuk

beraktifitas dan ketika muncul berdurasi selama ± 10 menit.

Obyektif : Pasien lebih menghayati ketika melakukan nafas dalam dan ekspresi wajah klien sedikit lebih tenang.

Asesment : Nyeri akut teratasi sebagian

Planning : Berikan posisi nyaman bagi pasien dan observasi penurunan skala nyeri besok Jumat, 18 April 2018.

c) Memotivasi pasien untuk berbaring ke posisi nyaman dan melatih nafas dalam dan mengobservasi skala nyeri pada hari Jumat, 18 Mei 2018 pukul 06.00 WIB dan evaluasi pukul 06.15 WIB dengan hasil :

Subyektif: Pasien mengatakan lebih nyaman ketika berbaring menghadap kanan, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan relaksasi nafas dalam, nyeri berkurang dari skala 4 menjadi 3, nyeri seperti ditusuk-tusuk pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah) dan sudah tidak menjalar, nyeri hilang timbul, nyeri terasa saat tidak digunakan untuk beraktifitas, dan pasien mengatakan menerapkan teknik relaksasi nafas dalam setiap kali nyeri muncul.

Obyektif:Pasien tampak rileks, ekspresi wajah pasien nampak rileks, tidak mengerutkan dahi, pasien melakukan nafas dalam dengan benar, dan pasien dapat berkomunikasi dengan baik

Asesment : Nyeri akut teratasi

Planning: Motivasi klien untuk terus menerapkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri muncul.

b. Kasus II

1) Pengkajian

a) Identitas Klien

Pasien bernama Ny. N, berjenis kelamin perempuan, berumur 59 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir Ny. N adalah SD dan pekerjaannya sebagai seorang Ibu Rumah Tangga. Ny. N bertempat tinggal di Ngentak, Pondokrejo, Tempel, Sleman, Yogyakarta. Diagnosa medis Ny. N adalah *Apendicitis Acute* dengan nomor RM 346588 dan masuk rumah sakit pada Senin tanggal 14 Mei 2018 pukul 13.00 WIB. Penanggung jawab Ny. N adalah Tn. A. Tn. A adalah anak dari Ny. N. Tn. A berumur 20 tahun, pendidikan terakhir Tn. A adalah SMA dan pekerjaannya sebagai pelajar. Tn. A bertempat tinggal di Ngentak, Pondokrejo, Tempel, Sleman, Yogyakarta.

b) Riwayat Kesehatan

Pengkajian dilakukan tanggal 15 Mei 2018 pukul 19.30 WIB, pengkajian dilakukan dengan menggunakan metode *autoanamnesa* dan *alloanamnesa*. Keluhan utama yang dirasakan saat pengkajian pasien mengatakan Pasien mengatakan untuk mengurangi nyeri memilih tidur. nyeri pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah), nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri terasa saat bergerak, nyeri secara terus menerus dengan durasi 10 menit, nyeri skala 5.

Dalam riwayat penyakit sekarang Nn. A mengatakan 2 hari yang lalu demam, pusing, mual muntah. Kemudian dirumah diobati dengan cara dikeroki tetapi tidak sembuh. Kemudian pada hari Senin oleh anaknya dibawa ke IGD RSUD Sleman, kemudian dari IGD diberikan surat mondok dan masuk di bangsal Alamanda 1.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit pada 7 tahun yang lalu karena menjalani operasi hemoroid. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, asma maupun penyakit menular seperti TBC.

Pasien merupakan anak kedua dari enam bersaudara. Kedua orang tua Ny. N sudah meninggal karena penyakit tua. Ny. N mempunyai 2 orang anak yaitu perempuan dan laki-laki. Ny. N

tinggal tinggal bersama suami dan anak laki-lakinya, karena anak perempuannya sudah menikah. Riwayat kesehatan lingkungan, pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih berada di pedesaan yang banyak ditumbuhi pepohonan (salak), ventilasi rumah selalu terbuka, udara tempat tinggal pasien masih sejuk dan bebas dari polusi udara.

c) Kesehatan Fungsional

(1) Pola nutrisi

Intake makanan sebelum sakit, pasien mengatakan makan sehari 2 kali sehari dengan menu nasi lauk, sayur, dan buah. Pasien sering telat makan karena sibuk mengurus cucunya. Selama sakit, pasien mengatakan menghabiskan diit yang diberikan oleh RS yaitu satu hari sebelum operasi diberikan diit nasi sayur lauk dan buah, kemudian hari hari kedua Rabu) diberikan diit saring yaitu berupa bubur sum sum dan hanya menghabiskan setengah dari diit yang diberikan, dan hari ketiga (Kamis) diberikan diit saring (Bubur Sum-sum) dan dihari ketiga pasien menghabiskan diit yang diberikan oleh RS.

Intake cairan sebelum sakit, pasien mengatakan minum air putih kira kira 6 gelas dan minum teh sehari satu gelas. Jumlah ± 1400 cc. Selama sakit, pasien

mengatakan hanya minum air putih sebanyak ± 6 gelas setiap hari (1200 cc).

(2) Pola eliminasi

Sebelum sakit, pasien mengatakan buang air besar dua hari satu kali dengan konsistensi feses lunak dan berwarna kuning kecoklatan. Selama sakit, pasien mengatakan buang air besar sebanyak 2 kali sehari.

Sebelum sakit, pasien mengatakan buang air kecil sebanyak 4-5 kali sehari, urine berwarna kuning, urine berbau khas, jumlah urine ± 750 cc. Selama sakit, pasien mengatakan buang air kecil sebanyak 5 kali sehari, urine berwarna kuning jernih, urine berbau khas, jumlah urine ± 600 cc.

(3) Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan hari pertama setelah operasi sudah bisa miring kanan dan miring kiri, makan sendiri dan belajar duduk sendiri. Hasil pengukuran dengan menggunakan skala ketergantungan skore 15 (ketergantungan ringan).

(4) Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit, pasien mengatakan tidur mulai pukul 21.00 – 04.00 WIB. Total sehari tidur ± 6 jam. Jarang tidur siang. Selama sakit, pasien mengatakan tidur

siang pukul 13.00 – 15.00 WIB dan tidur malam mulai pukul 20.00 – 03.00 WIB. Jumlah jam tidur ± 9 jam.

(5) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien mengatakan jika selama ini jika sakit hanya mengobati dengan cara dikeroki. Tetapi jika sudah lebih dari 2 hari dibawa ke Puskesmas.

(6) Pola hubungan

Pasien mengatakan menjalin hubungan yang baik dengan suami, anak-anaknya, dan juga tetangganya.

(7) Koping atau toleransi stres

Pasien mengatakan jika nyeri muncul ia memilih untuk tidur karena dengan tidur nyeri yang dirasakannya dapat sedikit berkurang atau lupa.

(8) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Pasien dapat berbicara dengan normal tanpa hambatan. Bahasa yang dipakai sehari-hari adalah bahasa jawa. Pasien mengetahui tentang penyakitnya yaitu radang usus buntu. Pasien menganggap penyakitnya ini merupakan ujian dari Allah untuk lebih bersabar dan bertawakal.

(9) Konsep diri

Pola konsep diri meliputi, gambaran diri : pasien mengatakan bahwa mensyukuri seluruh anggota tubuh

yang dimilikinya, harga diri : pasien mengatakan selama sakit ia selalu mendapat dukungan dari suami dan anak-anaknya ditandai dengan mereka yang selalu ada untuk menunggui selama dirawat di RS, peran diri : pasien mengatakan selama sakit ia tidak dapat melakukan aktifitasnya selama di rumah yaitu sebagai ibu yang mengurus rumah tangga, ideal diri : pasien mengatakan ingin segera cepat sembuh dan ingin segera pulang ke rumah agar bisa melakukan kegiatan ibadah di masjid, identitas diri : pasien adalah seorang istri dan juga ibu dari kedua anaknya.

(10) Nilai dan keyakinan

Pasien menganut agama Islam. Selama sakit pasien dapat menjalankan sholat 5 waktu dengan baik dan juga meluangkan waktu untuk berdzikir dan membaca Al-Quran setiap selesai solat.

(11) Pola perseptual

Pola perseptual, penglihatan tidak ada gangguan penglihatan, pendengaran masih berfungsi dengan baik, tidak ada penggunaan alat bantu dengar tambahan, pengecapan pasien dapat merasakan asin, asam, manis. dan pahit, sensasi pasien dapat merasakan nyeri dan dingin.

d) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum

Dalam pemeriksaan fisik hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny. N antara lain keadaan umum sedang, Ny. N dalam kesadaran composmentis/ sadar penuh. Saat pengukuruan tanda-tanda vital didiapatkan hasil tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 80 kali/ menit dengan irama teratur dan kekuatan kuat, respirasi 18 kali/ menit dengan irama teratur, suhu 36,5^{o}C. Dengan tinggi badan 139 cm, berat badan 41 kg, indeks massa tubuh 21,22 m^2/kg.

(2) Pemeriksaan Secara Sistematik (*Cephalo-Caudal*)

(a) Kulit

Kulit berwarna sawo matang, bersih, tidak bersisik, kulit keriput.

(b) Kepala

Bentuk kepala mesochepal, kulit kepala bersih, rambut beruban, tidak ada lesi di kepala, dan pasien tampak gelisah dan meringis menahan sakit.

Mata palpebra, tidak udem, tidak ditemukan konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil ishokor, reflek mata pasien terhadap cahaya positif. Tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Bentuk

hidung simetris, ada sekret, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada polip.

Kebersihan mulut terjaga, mukosa bibir lembab, lidah bersih, gigi bersih, tidak ada caries gigi, dan tidak ada perdarahan gusi.

Telinga simetris, tidak mengalami gangguan pendengaran, tidak ada cairan yang keluar dari telinga. Leher, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran limfe.

(c) Dada

Secara inspeksi tidak ada lesi, warna kulit merata, tidak ada hiperpeigmentasi, tidak ada hirsutisme, tidak ada retraksi dad, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, pengembangan dada kanan dan kiri simetris, respirasi 18 x/menit.

Secara auskultasi suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambaha, suara S_1 – S_2 reguler pada jantung.

Secara perkusi sonor di seluruh lapang paru. Kanan : intercosta 1-5: sonor, intercosta 6 : dall. Kiri : intercosta 1-3: sonor, intercosta 4-6 : dall.

Secara palpasi tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris.

(d) Abdomen

Inspeksi, tampak luka post appendiktomi, tidak ada pus, luka bersih, tidak bengkak, tidak kemerahan. Panjang luka ± 3 cm. Auskultasi, bising usus 12 kali/menit. Perkusi, tidak kembung/ timpani di kuadran II (kiri atas). Palpasi, nyeri sekitar luka bila disentuh, diraba, dan ditekan pada perut bagian kanan bawah (kuadran IV) tetapi tidak menjalar, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri terasa saat bergerak, nyeri secara terus menerus dengan durasi 10 menit, nyeri skala 5.

(e) Ekstermitas

Kaki kanan dapat digerakkan dengan kekuatan otot 5, capilary refile < 2 detik, perabaan akral hangat. Kaki kiri dapat digerakkan dengan kekuatan otot 5, capilary refile < 2 detik, dan perabaan akral hangat.

Tangan kanan dapat digunakan dengan kekukatan otot 5, perabaan akral hangat, ROM aktif, dan capilary refil < 2 detik. Tangan kiri dapat digerakkan dengan kekuatan otot 5 terpasang infus RL 20 tpm, perabaan akral hangat, ROM aktif, dan capilary refile < 2 detik.

e) Pemeriksaan penunjang

(1) Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 14 Mei 2018

Tabel 3. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. N

Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Rujukan
Hematologi		
Hemoglobin	12,4 gr/dl	12,0 – 16,0
Hematokrit	37 %	37 – 47
Lekosit	6,3 ribu/uL	4,5 - 11,0
Eritrosit	4,28 juta/uL	4,2 – 5,4
Trombosit	289 ribu/uL	150 – 440
MPV	9,2 fL	7,2 – 11,0
PDW	9,8 fL	9 – 13
Jenis Leukosit		
Basofil	0,2 %	0 – 1
Monosit	7,1 %	4 – 8
Eosinofil	2,1 %	1 – 6
Limfosit	32,4 %	22 – 40
Neutrofil	58,2 %	40 – 70
Hemostatis		
PT	12,1 detik	9 – 15
PT control	14,8 detik	-
APTT	39,7 detik	23 – 35
APTT control	28,7 detik	-

(2) Hasil pemeriksaan USG abdomen tanggal 15 Mei 2018

Kesan apendicitis acute, tak tampak kelainan pada hepar, vesika velea, lien, pancreas, kedua ren, vesika irinaria, vesica urinaria, maupun uterus, dan tak tampak limfa denopathy paraaorta.

(3) Terapi obat

Terapi obat yang diberikan pada Ny. N mulai tanggal 17 April 2018 yaitu infus RL (*Ringer Laktat*) 20 tpm, terapi obat *Ceftriaxone* 1gr/12 jam secara IV, *Ketorolac* 30 mg/8jam secara IV, dan *Ranitidine* 50 mg/12 jam secara IV.

2) Analisa data

Tabel 3. Analisa Data Ny. N

Data	Masalah	Penyebab
DS : 1.Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah) tetapi tidak menjalar, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri terasa saat bergerak, nyeri secara terus menerus dengan durasi 10 menit, nyeri skala 5. 2.Pasien mengatakan untuk mengurangi nyeri memilih tidur. DO : 1.Ekspresi wajah pasien tampak tegang. 2.Pasien sering tidur. 3.Pasien mengelus-elus daerah sekitar perban.	Nyeri akut	Agen cidera fisik: insisi pembedahan
DS : Pasien mengatakan ada luka paska operasi. DO : Ada luka post appendiktomi, panjang luka ± 3 cm, tidak ada pus, tidak kemerahan, dan tidak bengkak.	Kerusakan integritas jaringan	Insisi pembedahan

3) Diagnosa keperawatan

a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik: insisi pembedahan ditandai dengan nyeri pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah) tetapi tidak menjalar, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri terasa saat bergerak, nyeri secara terus menerus dengan durasi 10 menit, nyeri skala 5 dan asien mengatakan untuk mengurangi nyeri memilih tidur,

ekspresi wajah pasien tampak tegang, pasien sering tidur, dan pasien mengelus-elus daerah sekitar perban.

b) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan insisi pembedahan ditandai dengan ada luka post appendiktomi, panjang luka ± 3 cm, tidak ada pus, tidak kemerahan, dan tidak bengkak.

4) Intervensi keperawatan

a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik : insisi pembedahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam nyeri berkurang dengan kriteria hasil : nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 2, pasien tampak rileks, dan pasien mampu mengontrol nyeri.

Intervensi :

(1) Kaji nyeri, dasar lokasi, karakteristik, dan berat nyeri (0-10) dengan rasional sebagai dasar keefektifan intervensi dan penentu intervensi selanjutnya.

(2) Berikan posisi nyaman dengan rasional pasien nyaman mengurangi penekanan pada daerah nyeri

(3) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan rasional teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan suplai oksigen dalam darah sehingga nyeri berkurang.

(4) Kelola pemberian analgetik *Ketorolac* 30 mg/ 8jam dengan rasional pemberian analgetik dapat menurunkan nyeri paska operasi.

(5) Observasi tanda-tanda vital dengan rasional dengan mengetahui TTV pasien, perawat dapat memantau kesehatan pasien.

b) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan insisi pembedahan.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tidak terjadi kerusakan integritas kulit dengan kriteria hasil: luka bersih, tidak terjadi tanda-tanda infeksi, menunjukkan terjadinya proses granulasi.

Intervensi :

(1) Kaji keadaan luka dengan rasional merupakan data dasar menentukan intervensi selanjutnya.

(2) Jaga kebersihan daerah sekitar luka dan pertahankan agar tetap kering dengan rasional daerah sekitar luka yang kotor akan menyebabkan rasa gatal sehingga menimbulkan keinginan untuk menggaruk.

(3) Lakukan perawatan luka dengan prinsip aseptik dengan rasional teknik aseptik dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi.

(4) Edukasi pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan daerah sekitar luka dengan rasional mengoptimalkan hasil perawatan secara mandiri.

5) Implementasi dan evaluasi keperawatan

Diagnosa nyeri akut b.d. agen cidera fisik: insisi pembedahan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali didapatkan hasil :

a) Mengedukasi dan melatih teknik relaksasi nafas dalam pada hari Rabu, 16 Mei 2018 pukul 06.30 WIB dan evaluasi pukul 06.45 WIB dengan hasil :

Subyektif : Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 4, nyeri pada perut kanan bawah tetapi tidak menjalar, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri muncul saat bergerak, nyeri hilang timbul, ketika muncul berdurasi ±10 menit, pasien mengatakan untuk mengurangi nyeri memilih tidur.

Obyektif : Pasien tampak melihatkan ekspresi wajah datar.

Asesment : Nyeri akut belum teratasi

Planning : Observasi tanda-tanda vital dan observasi skala nyeri dan penggunaan teknik relaksasi nafas besok Kamis, 19 April 2018.

b) Melatih nafas dalam dan mengobservasi skala nyeri pada hari Kamis, 17 Mei 2018 pukul 06.30 WIB dan evaluasi pada pukul 06.45 WIB dengan hasil :

Subyektif : Pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam ketika nyeri muncul. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 4 menjadi 3, nyeri pada perut kanan bawah tetapi tidak menjalar, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri muncul saat bergerak, nyeri hilang timbul, ketika muncul berdurasi ±15 menit.

Obyektif: Ekspresi wajah pasien lebih ceria dibanding pertemuan sebelumnya, pasien tampak selalu tersenyum, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36,7 ^{0}C, dan respirasi 16x/ menit.

Asesment : Nyeri akut teratasi sebagian

Planning : Berikan posisi nyaman bagi pasien dan observasi penggunaan teknik relaksasi nafas dalam.

c) Memotivasi pasien untuk berbaring ke posisi nyaman dan melatih nafas dalam dan mengobservasi skala nyeri pada hari Jumat, 18 Mei 2018 pukul 06.30 WIB dan evaluasi pukul 06.45 WIB dengan hasil :

Subyektif : Pasien mengatakan lebih nyaman ketika telentang, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam

ketika nyeri muncul, pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 3 menjadi 1, nyeri pada perut kanan bawah tetapi tidak menjalar, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri muncul saat bergerak, nyeri hilang timbul, ketika muncul berdurasi ±10 menit.

Obyektif : Pasien tampak rileks, pasien sudah bisa tersenyum saat berkomunikasi, ekspresi wajah pasien rileks, tidak mengerutkan dahi, pasien melakukan nafas dalam dengan benar.

Asesment : Nyeri akut teratasi.

Planning : Motivasi klien untuk terus menerapkan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul.

B. Pembahasan

Tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien yaitu pemberian teknik relaksasi nafas dalam, yang merupakan tindakan terapi nonfarmakologi dalam mengurangi nyeri intensitas ringan sampai dengan sedang. Pasien yang menjadi responden merupakan 2 pasien dan keluarga dengan diagnosa medis post apendiktomi hari pertama, yang tidak terjadi komplikasi setelah operasi, dan dengan kesadaran penuh. Tindakan ini meliputi edukasi tentang teknik relaksasi nafas dalam, demonstrasi cara melakukan relaksasi nafas dalam, observasi skala nyeri, serta observasi kemandirian pasien dalam penggunaan teknik relaksasi nafas dalam.

Tindakan ini dilakukan kepada masing-masing pasien selama 3 kali pertemuan dengan durasi 30 menit setiap pertemuan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu perawat di Bangsal Alamanda 1 RSUD Sleman untuk mengatasi nyeri pasien menggunakan teknik farmakologi dan nonfarmakologi. Untuk teknik farmakologi yaitu pemberian obat-obatan, sedangkan teknik nonfarmakologi dengan menganjurkan pasien bernafas dalam. Pendidikan kesehatan mengenai penggunaan nafas dalam sudah dilakukan sebelum pasien diterima di bangsal, akan tetapi dalam pelaksanaannya belum dilakukan evaluasi terhadap pada pasien.

Setelah dilakukan pengambilan data didapatkan 2 pasien dengan diagnosa medis apendisitis akut. Pasien pertama bernama Nn. A dengan usia 59 tahun dan pasien kedua bernama Ny. N dengan usia 18 tahun. Kedua pasien sama-sama dilakukan operasi apendiktomi pada hari Selasa, 15 Mei 2018.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan terhadap dua pasien dengan intervensi yang sama didapatkan hasil yang sama yaitu adanya penurunan tingkat nyeri pada kedua pasien, karena teknik relaksasi nafas dalam dapat merilekskan otot yang menunjang nyeri. Secara teori teknik relaksasi nafas dalam mampu menurunkan nyeri pada pasien post operasi, hal ini terjadi karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca operasi atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat

hormon yang dihasilkan yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison. Kadar $PaCO_2$ akan meningkat dan menurunkan PH, sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Majid et al, 2011). Penelitian Zees (2012), juga mengungkapkan bahwa terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi apendiktomi, karena relaksasi nafas dalam dapat menyuplai menyuplai O_2 dalam darah sehingga nyeri berkurang

Pada studi kasus ini, kedua pasien menunjukkan penurunan intensitas tingkat nyeri yang berbeda. Pada pasien Nn. A pada hari pertama menunjukkan nyeri dengan skala 5 dan hari ketiga menunjukkan skala 2. Kemudian pasien kedua yaitu Ny. Y menunjukkan hasil penurunan nyeri yang lebih efektif yaitu pada hari pertama nyeri dengan skala 5 dan dihari ketiga nyeri berkurang menjadi skala 1. Meskipun pada kedua pasien sama-sama berkurang skala nyeri nya yaitu 1 dan 2 dan masuk dalam kategori nyeri ringan, tetapi pada pasien 2 penurunanannya lebih baik.

Pada perbedaan penurunan intensitas nyeri seseorang dipengaruhi oleh beberapa penyebab. Nyeri satu orang terhadap satu orang lainnya berbeda karena nyeri merupakan pengalaman sensori seseorang yang hanya dapat dirasakan oleh orang tersebut.

Faktor pertama yang dapat mempengaruhi seseoang yaitu faktor usia. Pasien Nn.A berusia 18 tahun dan pasien Ny.Y berusia 59 tahun. Ini merupakan perbedaan rentang usia yang sangat jauh, karena setiap umur

mempunyai respon nyeri yang berbeda. Wijaya (2016), menyebutkan bahwa usia mempengaruhi seseorang dalam mengintrepetasikan nyeri ini dimaksud karena seseorang yang mendekati usia lanjut semakin rendah respon saraf nyeri yang dirasakan.

Faktor penyebab intensitas nyeri yang kedua yaitu faktor spiritual. Pasien Ny. N selalu taat menjalankan solat 5 waktu kemudian diiringi dengan dzikir dan membaca Al-Quran setelah selesai solat, sedangkan pasien Nn. A tidak menjalankan kewajiban solat 5 waktu selama di RS maupun di rumah. Wijaya (2016), menyebutkan bahwa dalam penelitian ini sebanyak 95 orang yang menerima pengobatan untuk nyeri kronis yang disurvei menggunakan spiritualitas dan mengonsumsi obat penghilang rasa nyeri, menunjukkan bahwa 39% responden memilih mengkonsumsi obat penghilang rasa nyeri dan 61 % responden mempersepsikan Tuhan membantu mereka mengatasi rasa sakit. Selain itu mendoakan adalah bagian dari terapi spiritual yang merupakan tindakan untuk mengurangi rasa sakit. Potter dan Perry (2008), menyebutkan bahwa aktifitas berdoa merupakan sumber yang efektif untuk mengurangi nyeri.

Faktor yang mempengaruhi respon skala nyeri yang ketiga pada dua pasien tersebut yaitu mobilisasi. Pasien Ny. N lebih aktif dalam melakukan mobilisasi dini, pada hari pertama pasien Ny. N sudah dapat melakukan mobilisasi miring kanan dan miring kiri paska operasi dibanding pasien Nn. A. Pasien Ny. N memilih melakukan mobilisasi karena sesuai yang telah dianjurkan oleh dokter, tetapi Nn. A mengatakan

belum bisa mobilisasi karena takut merasakan nyeri pada bagian luka paska operasi. Penelitian Pristahayuningtyas (2015), menyebutkan bahwa mobilisisasi dini pada pasien post operasi akan mempengaruhi tingkat intensitas nyeri seseorang karena mobilisasi dapat melancarkan sirkulasi darah yang menyuplai ke seluruh tubuh, sehingga nyeri berkurang.

Faktor penyebab keempat yaitu pengalaman nyeri sebelumnya, dimana pada Ny. N dan Nn. A terdapat perbedaan mengenai pengalaman nyeri yang didapatkan, dari Ny. N mengatakan ia sudah pernah menjalani operasi haemoroid sehingga ia pernah mengatasi nyeri, berbeda dengan Nn. A yang baru pertama kali menjalani operasi apendiktomi. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa seseorang yang pernah mengalami nyeri sebelumnya memiliki intensitas nyeri yang lebih rendah dibandingkan yang tidak pernah mengalami nyeri sebelumnya, karena nyeri sebelumnya berhasil dihilangkan, maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Potter dan Perry, 2008).

Faktor penyebab kelima, yaitu pola koping. Pola Koping pada Nn. A dan Ny. N terdapat perbedaan, dimana Ny. N lebih memilih untuk tidur ketika nyeri muncul karena menurut Ny. N dengan tidur ia akan lupa dengan nyeri yang dirasakan. Pada Nn. A lebih memilih untuk merasakan dan menangis ketika nyeri muncul. Sehingga dalam pola koping, Ny. N lebih efektif dalam menangani nyeri saat muncul. Pola koping yang adaptif akan mempermudah seorang individu mengatasi nyeri dan

sebaliknya pola koping yang maladaptif akan menyulitkan seorang individu untuk mengatasi nyeri (Tamsuri, 2008).

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam studi kasus yang dilakukan belum ada standar operasional prosedur di Bangsal Alamanda 1 RSUD Sleman untuk penggunaan teknik relaksasi nafas dalam. Sehingga, dalam studi kasus ini peneliti belum dapat membandingkan standar operasional yang ditemukan oleh peneliti dengan yang ada di rumah sakit.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Penerapan teknik relaksasi nafas dalam di RSUD Sleman sudah dilakukan, namun hanya dilakukan saat pasien akan masuk bangsal belum ada upaya evaluasi terhadap penggunaan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri.
2. Terdapat penurunan tingkat nyeri pada kedua pasien yang telah diberi intervensi relaksasi nafas dalam, tetapi pada setiap pasien mengalami penurunan respon nyeri yang berbeda.
3. Pada studi kasus yang telah dilakukan oleh peneliti ini ditemukan beberapa faktor yang mempengaruhi perbedaan respon nyeri, diantaranya faktor usia, faktor spiritual, mobilisasi, pengalaman sebelumnya, dan pola koping.

B. Saran

Setelah peneliti melakukan penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien post apendiktomi di RSUD Sleman, maka peneliti akan memberikan usulan dan masukan positif khususnya di bidang keperawatan antara lain :

1. Bagi Rumah Sakit

   Dapat menjadi bahan masukan untuk membuat standar operasional prosedur teknik relaksasi nafas dalam.

2. Bagi Perawat Rumah Sakit

   Agar mengevaluasi setiap tindakan teknik relaksasi nafas dalam pada setiap pasien.

3. Bagi Peneliti Lain

   Agar dapat menjadi masukan menerapkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri pada kasus-kasus yang lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

Black, J.M., & Hawks, J.H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika.

Burkitt, HG, Quick, CRG, and Reed, JB. (2007). *Appendicitis In :Essensial Surgery Problems, Diagnosis & Management Fourth Edition London Elsevier, 389-398*.

Craven, RF & Hirnle, CJ. (2007). *Fundamental of Nursing*. Jakarta : EGC.

Departemen Kesehatan. (2008). Jakarta

Faridah, V.N. (2015). Penurunan Tingkat Nyeri Post Op Apendisitis Dengan Tehnik Distraksi Nafas Ritmik. *Jurnal Kesehatan Vol.7 Nomor 2.*

Grace, Pierce A, Borley, & Neil R. (2007). *At a Glance Ilmu Bedah.* Jakarta : Erlangga.

Kozier, B. (2010). *Fisiologi Kedokteran*. Jakarta : EGC.

Lubis, C.P., dkk. (2008). *Intestinal parasitic infestation in Indonesia*. Jakarta : EGC

Majid A, Judha M & Istianah U. (2011). *Keperawatan Perioperatif.* Yogyakarta : Gosyen Publishing.

Mansjoer, A. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran.* Jakarta : Media Aesculapsius.

Monahan FD, et al. (2007). *Phipps Medical-Surgical Nursing : Health and Illnes Perspectivess*. 8th ed. Philadelphia : Mosby Inc.

Mubarak, WI. (2007). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : EGC.

Muttaqin A, Kumala S. (2013). *Gangguan Gasrtointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Jilid 1*. Jakarta : Salemba Medika.

Nurafif, HA & Kusuma, Hardi. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperwatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda NIC –NOC*. Yogyakarta: Media Action Publishing.

Nanda. (2010). *Nanda International Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta EGC.

Potter & Perry. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses, dan Praktik*). Jakarta : EGC.

Price, SA & Wilson, LM. (2012). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit,* Edisi : 6. Jakarta : EGC.

Pristahayuningtyas, Murtaqib, Siswoyono. (2015). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendiktomi. *Jurnal, Vol 4 No.1.*

Riskesdas. 2009. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.

Sjamsuhidajat. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi ke-2.* Jakarta: EGC.

Smeltzer, SC & Bare, BG. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Edisi Volume 1. Jakarta : EGC.

Smith. (2007). *Terapi Pernafasan untuk Penderita Asma*. Prestasi Pustaka.

Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Tamsuri, A. (2008). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.

Yusrizal. (2012). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Pasca Apendiktomi di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan. *Jurnal*. Diakses http://repository.unand.ac.id/17872/ pukul 19.30 tanggal 8 Januari 2018.

Wijaya, A.S & Putri, Y.M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Wijaya, P.A. (2016). Analisis Fakto-faktor yang Mempengaruhi Intensitas Nyeri Pasien Pasca Bedah Abdomen dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUD Badung Bali. *Jurnal Dunia Kesehatan, Vol.5, Nomor1*.

Wilkinson, J.M & Ahern. (2013). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9.* Jakarta : EGC

Zees, R. F. (2012). Pengaruh Tehnik Relaksasi Terhadap Respon Adaptasi Nyeri pada Pasien *Apendektomi* di Ruang G2 Lantai II Kelas III BLUD RSU Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. *Jurnal Health and Sport, Vol 5, No. 3.*

Lampiran 1. Realisasi Anggaran Penelitian

REALISASI ANGGARAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Volume	Satuan	Unit	Jumlah
1	Penyusunan proposal				
	a. Penggandaan proposal	4	pkt	15.000	60.000
	b. Revisi proposal	1	pkt	40.000	40.000
2	Izin studi kasus	1	kl	200.000	200.000
3	Izin *Ethical Clearance*	1	kl	50.000	50.000
4	Transport peneliti	5	lt	10.000	50.000
5	ATK dan penggandaan				
	a. Kertas	1	rim	35.000	35.000
	b. Fotokopi dan jilid	1	pkt	100.000	100.000
	c. Bolpoin	2	bh	5.000	10.000
	d. Tinta printer	4	bh	20.000	80.000
	e. Keping CD	2	bh	5.000	10.000
6	Penyusunan laporan KTI				
	a. Penggandaan laporan KTI	4	pkt	20.000	80.000
	b. Kompensasi barang	2	pkt	50.000	100.000
JUMLAH					815.000

Lampiran 2. Penjelasan Untuk Mengikuti Studi Kasus

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI STUDI KASUS

1. Perkenalkan saya Luthfiana Rahmawati mahasiswa dari program studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus saya yang berjudul "Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman di RSUD Sleman".
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk mengobservasi penerapan teknik relaksasi nafas dalam untuk pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman pada pasien yang telah menjalani operasi usus buntu di RSUD Sleman.
3. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa mengurangi rasa nyeri pada pasien yang telah menjalani operasi usus buntu untuk pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman.
4. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari yaitu 30 menit setiap pertemuan dan saya akan memberikan kompensasi kepada anda berupa satu buah handuk mandi. Sampel studi kasus sebanyak dua pasien dengan gangguan kebutuhan rasa aman nyaman yang telah menjalani operasi usus buntu yang masih dirawat di bangsal.
5. Prosedur pengambilan data dengan cara studi kasus terpimpin dengan menggunakan lembar observasi dimulai dari melakukan pangkajiantentang keluhan nyeri setelah operasi, kemudian saya akan menjelaskan kepada anda mengenai prosedur teknik relaksasi nafas dalam. Selanjutnya saya akan akan mencontohkan langkah-langkah teknik nafas dalam kemudian anda mengikuti langkah-langkah yang telah saya ajarkan. Setelah itu, saya akan mengobservasi teknik relaksasi nafas dalam yang telah dilakukan, kemudian saya akan mencatat bagaimana respon anda setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan yaitu menyita waktu anda. Namun anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini berlangsung selama 30 menit untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
6. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan selain itu juga anda dapat mengurangi nyeri secara mandiri.
7. Partisipasi anda bersifat sukarela, tidak ada paksaan, dan anda bisa sewaktu-waktu mengundurkan diri dari studi kasus ini.
8. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan. Bila ada hal-hal yang belum jelas, anda dapat menghubungi peneliti dengan nomor 085600277914.

Mahasiswa,

Luthfiana Rahmawati

Lampiran 3. *Informed Consent*

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
UNTUK IKUT SERTA DALAM STUDI KASUS
(*INFORMED CONSENT*)

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Pekerjaan :

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Luthfiana Rahmawati dengan judul "Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman".

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yogyakarta,…….

Saksi,

Yang memberikan persetujuan,

……..

……..

Mahasiswa,

Luthfiana Rahmawati

Lampiran 4. Format Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
JURUSAN KEPERAWATAN
FORMAT PENDOKUMENTASIAN
ASUHAN KEPERAWATAN

Hari/Tanggal :
Jam :
Tempat :
Oleh :
Sumber data :
Metode :

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien
   1) Nama Pasien :
   2) Umur :
   3) Jenis Kelamin :
   4) Agama :
   5) Pendidikan :
   6) Pekerjaan :
   7) Status Perkawinan :
   8) Suku/Bangsa :
   9) Alamat :
   10) Diagnosa Medis :
   11) No.RM :
   12) Tanggal Masuk RS :

b. Identitas Penanggung Jawab
   1) Nama :
   2) Alamat :
   3) Hubungan dengan klien :
   4) Tanggal pengkajian awal:

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit
   1) Keluhan utama masuk
      .....
   2) Riwayat penyakit sekarang
      .....
   3) Riwayat penyakit dahulu
      .....

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik-Biologis Pola nutrisi/metabolik
   1) Nurtisi
      Intake makanan
      .....
      Intake cairan

.....

2) Pola Eliminasi

Buang air besar

.....

Buang air kecil

.....

3) Pola Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilitas di tempat tidur					
Berpindah					
Ambulansi/ROM					

Keterangan : 0 : Mandiri
1 : Alat dibantu
2 : Dibantu orang lain
3 : Dibantu orang lain dan alat
4 : Tergantung total

Alat Bantu :

4) Pola Tidur dan Istirahat

.....

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

.....

2) Pola hubungan

.....

3) Koping atau toleransi stres

.....

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Keadaan mental	
Berbicara	
Bahasa yang dipakai	
Kemampuan bicara	
Pengetahuan pasien terhadap penyakit	
Persepsi tentang penyakit	

5) Konsep diri

a) Gambaran diri

.....

b) Harga diri

.....

c) Peran diri

.....

d) Ideal diri

.....

e) Identitas diri

.....

6) Seksual

.....

7) Nilai

.....

8) Pola perseptual

a) Penglihatan :

b) Pendengaran :

c) Pengecapan :

d) Sensasi :

c. Aspek Lingkungan Fisik

.....

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran :

2) Keadaan Umum :

3) Tanda-tanda Vital

TD :

N :

RR :

S :

4) Status Gizi :

TB =

BB =

IMT =

b. Pemeriksaan Secara Sistematik (*Cephalo-Caudal*)

1) Kulit

.....

2) Kepala

.....

a) Mata :

b) Hidung :

c) Mulut :

d) Telinga :

3) Leher :

4) Dada :

5) Abdomen :

6) Ekstermitas

a) Kaki kanan :

b) Kaki kiri :

c) Tangan kanan :

d) Tangan kiri :

5. Pemeriksaan penunjang

6. Terapi Obat

B. ANALISA DATA

Data	Masalah	Penyebab

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Dx. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi

Lampiran 5. SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

A. Definisi

Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.

Ada tiga faktor yang utama dalam teknik nafas dalam:

1. Berikan posisi dengan tepat sehingga pasien merasa nyaman
2. Biarkan pasien memikirkan untuk beristirahat
3. Lingkungan yang santai/ tenang

B. Tujuan

1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Membantu dan meningkatkan relaksasi
4. Meningkatkan kualitas tidur
5. Menmbantu mengeluarkan gas anastesi yang tersisa didalam jalan nafas.

C. Indikasi

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri akut atau nyeri kronis

D. Cara melakukan

1. Tahap pra interaksi
    a. Membaca mengenai status pasien
    b. Mencuci tangan
    c. Menyiapkan alat
    d. Tahap orientasi

e. Mengucapkan salam teraupetik kepada pasien
f. Validasi kondisi pasien saat ini
g. Menjaga keamanan privasi pasien
h. Menjelaskan tujuan & prosedure yang akan dilakukan terhadap pasien & keluarga

2. Tahap kerja
   a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
   b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
   c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
   d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya
   e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
   f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tanggan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
   g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatanya

h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali

3. Tahap terminasi
   a. Evaluasi hasil gerakan
   b. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya
   c. Akhiri kegiatan dengan baik
   d. Cuci tangan

Sumber: Potter & Perry, 2010

Lampiran 6. Pengukuran Intensitas Nyeri

PENGUKURAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI

Verbal Descriptor Scale (VDS)

Tidak nyeri	Nyeri ringan	Nyeri Sedang	Nyeri berat	Nyeri sangat berat	Nyeri paling berat

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan, secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang, secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang, dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi dan merespon.

Skala nyeri : Sebelum intervensi Sesudah intervensi

P :	P :
Q :	Q :
R :	R :
S :	S :
T :	T :

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

KEMENKES R.I.

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601
Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id Email : komisietik.poltekkesjogja@gmail.com

PERSETUJUAN KOMISI ETIK
No. LB.01.01/KE-01/XII/236/2018

Judul	:	**Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam pada Pasien Post Operasi Apendiktomi dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman di RSUD Sleman**
Dokumen	:	1. Protokol 2. Formulir pengajuan dokumen 3. Penjelasan sebelum Penelitian 4. *Informed Consent*
Nama Peneliti	:	**Luthfiana Rahmawati**
Dokter/ Ahli medis yang bertanggungjawab	:	-
Tanggal Kelaikan Etik	:	20 Maret 2018
Instsitusi peneliti	:	Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta menyatakan bahwa protokol diatas telah memenuhi prinsip etis berdasarkan pada Deklarasi Helsinki 1975 dan oleh karena itu penelitian tersebut dapat dilaksanakan.

Surat Kelaikan Etik ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta memiliki hak untuk memantau kegiatan penelitian setiap saat. Peneliti wajib menyampaikan laporan akhir setelah penelitian selesai atau laporan kemajuan penelitian jika dibutuhkan.

Demikian, surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ketua ,

POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN

Margono, S.Pd, APP., M.Sc
NIP. 196502111986021002

PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN
Jalan Bhayangkara Nomor 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta, 55514
Telepon (0274) 868437, Faksimile (0274) 868812
Website: www.rsudsleman.slemankab.go.id, E-mail: rsudsleman@gmail.com

Sleman, 4 April 2019

No : 070/0901
Sifat : Penting
Lampiran : 1 (satu) lembar
Hal : Ijin penelitian

Kepada .
Yth. Sdr. Luthfiana Rahmawati
NIM : P07120115021
Program D IV Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Di
Yogyakarta

Memperhatikan surat ijin Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Sleman nomor : 070/Kesbangpol/773/2018 tertanggal 23 Pebruari 2018, perihal ijin penelitian pada dasarnya kami tidak keberatan memberikan ijin kepada Saudara untuk melakukan penelitian alat penelitian di RSUD Sleman selama 3 (tiga) bulan, dengan judul penelitian **"Penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien post operasi apendiktomi dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman di RSUD Sleman ",** dari tanggal 8 April – 7 Juli 2018.

Sebelum kegiatan dilaksanakan, menyelesaikan administrasi di Unit Diklat, mentaati ketentuan diklat yang berlaku, dan bersedia menyerahkan laporan hasil penelitian yang dilakukan ke RSUD Sleman.

Demikian untuk diketahui dan terima kasih.

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sleman,

dr. JOKO HASTARYO, M.Kes
Pembina Utama Muda/ IV c
NIP 19610723 198803 1 007

Tembusan :
1. Ka KSM Bedah
2. Ka Instalasi Rawat Inap
3. Ka Ruang Alamanda I
4. Koordinator Diklat Paramedik Keperawatan