

## **BAB IV**

### **HASIL ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

##### **4.1.1 Pengumpulan Data**

###### **1. Biodata**

Pasien berjenis kelamin perempuan, umur 20 tahun, status perkawinan belum menikah, pekerjaan pegawai swasta, agama islam, pendidikan terakhir SMK, alamat di Pagak-Malang, No. register 419xxx, tanggal MRS 26 Agustus 2024, tanggal pengkajian dilakukan pada tanggal 26 Agustus 2024, Diagnosa Medis Appendicitis akut.

###### **2. Riwayat Kesehatan Klien**

###### **a. Keluhan utama/Alasan masuk rumah sakit**

Pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah

###### **b. Riwayat penyakit sekarang**

Pasien mengatakan sudah merasakan sakit perut sejak kurang lebih 2 bulan, pasien tidak mengetahui mengenai diagnose sakitnya, sehingga saat nyeri datang pasien mengonsumsi obat spasminal. Nyeri perut kanan bawah memberat sejak 2 hari lalu hingga tidak dapat digunakan untuk berjalan, nyeri disertai pusing berputar, muntah 5 kali, dan belum buang air besar sejak 3 hari lalu. Tanggal 26 Agustus 2024 pasien dibawa ke UGD dan telah mendapatkan terapi ketorolac, ondansentron, dan infus NS 20 tetes per menit.

Kualifikasi Nyeri :

P : Nyeri saat digunakan untuk berjalan

Q : Melilit seperti tertusuk

R : Abdomen kanan bawah (*Iliaka Dextra*)

S : 7

T : Hilang timbul, namun lebih konsisten ketika digunakan untuk bergerak

Pengukuran Tekanan darah : 102/60, Nadi : 79x/menit, Spo : 100%, Suhu : 37,1° C. Kesadaran: Composmentis (E4M5V6), keadaan umum cukup lemah, konjungtiva anemis (-), Ikterik (-)

c. Riwayat Penyakit/kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan pernah di rawat inap karena sakit thypus. Tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, jantung, asma.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan dari orang tua pasien tidak ada riwayat penyakit turunan, kronik, maupun menular.

### 3. Pola aktivitas sehari-hari

a. Pola Tidur/Istirahat

1) Waktu tidur : Sebelum sakit pasien tidur 6-8 jam. Mulai pul 21.00-05.00 WIB. Saat sakit pasien tidur 3-4 jam. Mulai pukul 24.00-04.00 WIB

2) Waktu Bangun : pukul 05.00 WIB

3) Masalah tidur : Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada masalah tidur. Saat di rumah sakit pasien mengatakan susah tidur

karena nyeri perut disertai lingkungan sekitar yang kurang tenang.

- 4) Hal-hal yang mempermudah tidur : Pasien mengatakan dengan cara bermain gadget untuk pengalihan rasa nyeri hingga pasien ketiduran dengan sendirinya.
- 5) Hal- hal yang mempermudah klien terbangun : Pasien mengatakan mudah terbangun karena lingkungan sekitar terdengar ramai.

b. Pola Eliminasi

BAB : Saat di rumah pasien BAB 1 kali sehari. Selama sakit pasien belum BAB selama 3 hari.

BAK : Saat di rumah pasien BAK 5-6 kali sehari. Selama sakit pasien BAK 4-5 kali sehari

Kesulitan BAB/BAK : Pasien mengatakan tidak ada kesulitan BAK. Pasien mengatakan terdapat kesulitan BAB karena belum BAB selama 3 hari

Upaya atau cara mengatasi masalah tersebut : Upaya pasien mengatasi masalah tersebut yaitu dengan cara minum air putih yang banyak dan diberi makan buah papaya oleh ibunya.

c. Pola Makan dan Minuman

- 1) Jumlah dan Jenis Makanan : Saat di rumah pasien mengatakan makan 3 kali sehari, 1 porsi dihabiskan, dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan buah. Pasien mengatakan setiap harinya suka makan makanan yang pedas. Saat di rumah sakit pasien

mengatakan mual dan tidak nafsu makan, 1 porsi tidak dihabiskan ( $\pm$  3 sendok saja) lalu memuntahkan makanannya.

- 2) Waktu pemberian makanan : Saat di rumah pasien makan pagi, siang, dan sore. Saat di rumah sakit pasien makan dengan porsi sedikit dengan waktu pemberian sering.

d. Jumlah dan jenis cairan

Input : Infus NS : 500 ml

Minum : 500 ml

Makan : 150 cc

Total input : 1150 cc

Output : Urine  $\pm$ 350 cc

IWL : 720 cc/24 jam

Total output : 1070 cc

Total balance cairan : Input – Output

1150 cc – 1070 cc = 80 cc

e. Waktu pemberian cairan :

Infus NS : 500 ml dalam 24 jam, 20 tpm

Pasien sehari minum  $\pm$  500 cc (3 gelas)

f. Pantangan : Pasien memiliki alergi seafood dan pantangan makanan pedas

g. Kesulitan mengunyah : Pasien mengatakan tidak ada kesulitan mengunyah

h. Kesulitan menelan : Tidak ditemukan kesulitan dalam menelan

- i. Mual dan muntah : Pasien mengatakan mual dan muntah sebanyak 5 kali.
- j. Tidak dapat makan sendiri : Pasien dapat makan sendiri secara mandiri.

#### **4. Kebersihan Diri/Personal hygiene**

- a. Pemeliharaan badan : Seluruh tubuh pasien terlihat bersih. Saat di rumah pasien mandi 2 kali sehari. Saat di rumah sakit pasien hanya seka 2 kali sehari.
- b. Pemeliharaan gigi dan mulut : Saat di rumah pasien gosok gigi 3 kali sehari. Saat di rumah sakit pasien gosok gigi 3 kali sehari. Gigi dan mulut terlihat bersih dan tidak ada bau khas.
- c. Pemeliharaan kuku : Kuku pasien terlihat pendek dan bersih.

#### **5. Pola Kegiatan atau Aktivitas Lain**

Saat di rumah pola kegiatan pasien yaitu bekerja sebagai kasir alfa. Saat sakit pasien tidak dapat beraktivitas sama sekali. Pasien melakukan aktivitas sebagian dibantu oleh ibunya.

#### **6. Data Psikososial**

- a. Pola Komunikasi : Komunikasi pasien jelas dan dapat menjawab pertanyaan perawat dengan kooperatif.
- b. Orang yang paling dekat dengan klien : Ibu
- c. Rekreasi : Pasien mengatakan saat senggang dan ada waktu sesekali jalan-jalan  
Hobi : Jalan-jalan  
Penggunaan waktu senggang : Jalan-jalan atau *healing*

- d. Dampak dirawat di rumah sakit : Pasien mengatakan jenuh dan merasa bosan karena tidak dapat beraktivitas seperti biasa
- e. Hubungan dengan orang lain atau interaksi sosial : Baik, saat di anamnesa oleh perawat terdapat kontak mata dan menjawab obrolan dengan baik dan ramah.
- f. Keluarga yang dihubungi bila diperlukan : Ibu.

### **7. Data Spiritual**

- a. Ketaatan beribadah : Saat di rumah pasien mengatakan beribadah sholat 5 waktu. Selama sakit pasien mengatakan tidak dapat sholat karena keterbatasan gerak tubuh akibat nyeri perutnya yang hebat.
- b. Keyakinan terhadap sehat/sakit : Pasien mengatakan sakit yang diderita akibat kebiasaan buruk dalam mengkonsumsi makanan, pasien suka dan sering makan makanan yang pedas
- c. Keyakinan terhadap penyembuhan : Pasien mengatakan bahwa selama perawatan di rumah sakit ia meyakini bahwa akan mendapatkan perawatan yang layak untuk segera mencapai kesehatan.

### **8. Pemeriksaan Fisik**

- a. Kesan umum / keadaan umum

Kesan umum : Cukup

Keadaan umum : Composmentis. GCS : 4-5-6

- b. Tanda-Tanda Vital

Suhu tubuh : 37,1° C

Tekanan darah : 102/60 mmHg

Nadi : 79 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Tinggi badan : 158 cm

Berat badan : 48 kg

IMT : 19 = ideal

c. Pemeriksaan Kepala dan Leher

1) Kepala dan rambut

Bentuk kepala mechosepal, kulit kepala cukup bersih, tidak ada ketombe, penyebaran dan keadaan rambut merata tidak ada kebotakan, rambut berwarna hitam. Wajah simetris, waran kulit kuning langsung, struktur wajah lengkap.

2) Mata

Mata lengkap dan simetris antara kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan dan lesi pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, sclera berwarna putih jernih, pupil isokor (+), kornea jernih, iris berbentuk datar dan bulat berwarna hitam kecokelatan, pasien menggunakan alat bantu kacamata dengan OD minus 2,5 OS minus 2,5, reflek cahaya +/+

3) Hidung

Tulang hidung tepat di tengah (simetris), tidak ada sumbatan atau benjolan di dalam lubang hidung (polip), tidak terdapat pernapasan cuping hidung.

4) Telinga

Bentuk telinga normal, ukuran telinga normal, lesi (-), serumen (+) produksi minimal dan kering, nyeri pada telinga (-),

edema (-), ketajaman pendengaran menurun (+), alat bantu dengar (-).

5) Mulut dan Faring

Keadaan bibir kering (+), sariawan (-), carries (-), lesi pada gusi (-), struktur gigi lengkap, gigi palsu (-)

6) Leher

Pembesaran kelenjar tiroid (-), distensi vena jugularis (-), deviasi trachea (-), gerak leher fleksi (+), ekstensi leher (+) bebas, penggunaan otot bantu pernapasan (-).

d. Pemeriksaan Integumen

Integumen tampak bersih, akral dingin, hiperpigmentasi (-), turgor kurang dari 3 detik, tidak ada kelainan pada integument, nadi perifer: teraba cepat, edema: pitting edema *grade* 0, CRT: >3 detik, warna: tidak pucat, tidak ada edema.

e. Pemeriksaan payudara dan ketiak

Ukuran dan bentuk payudara simetris, tidak terdapat benjolan di area payudara dan ketiak, axila bersih, dan tidak terdapat kelainan pada payudara

f. Pemeriksaan Thorak / dada

Paru

- Inspeksi : Simetris, retraksi dinding dada (-), pola napas reguler, RR : 20x/menit
- Palpasi : *Vocal fremitus* teraba
- Perkusi : Terdengar bunyi sonor

- Auskultasi : *Vesikuler +/+*, *Ronkhi -/-*, *Wheezing -/-*-Jantung
- Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi *ictus cordis*
- Palpasi : *Ictus cordis* teraba ICS V *mid clavicula sinistra*  
batas jantung batas atas ICS II *mid sternalis*, batas kiri ICS V *mid clavicula sinistra*, batas bawah ICS V, batas kanan ICS IV *mid sternalis dextra*
- Perkusi : Terdengar bunyi pekak
- Auskultasi : Bunyi jantung I Lup (tunggal), bunyi jantung II Dup (tunggal), *murmur (-)*, *gallop (-)*

g. Pemeriksaan Abdomen

Sebelum operasi

Bentuk abdomen flat, tidak terdapat benjolan/massa, tidak terdapat ascites, terdapat nyeri tekan pada perut kanan bawah dengan skala nyeri 8, perut teraba keras, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien, terdapat nyeri tekan pada titik Mc. Burney. Suara abdomen timpani.

Setelah operasi

Terdapat luka jahitan pada abdomen, perut terasa kaku dan nyeri dengan skala 6

h. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

Tidak ada kelainan pada kelamin dan daerah sekitarnya.

i. Pemeriksaan Muskulokeletal

Ekstremitas atas simetris, ekstremitas bawah simetris, tidak ada tanda edema, kekuatan otot untuk bergerak : ekstremitas atas 5/5,

ekstremitas bawah : 4/4 (pasien mengatakan lemah untuk menggerakkan kakinya untuk bergerak maupun berjalan), didapatkan hasil CRT <3 detik, edema (-).

j. Pemeriksaan Neorologi

Tingkat kesadaran (secara kuantitatif)/GCS E4M5V6, tidak ada kelainan pada fungsi neurologis.

k. Pemeriksaan status mental

- 1) Kondisi emosi / perasaan : Pasien terlihat cemas akan menjalani operasi untuk pertama kalinya.
- 2) Orientasi : Pasien mampu menyebutkan tanggal hari ini dan tempat saat ini.

**9. Pemeriksaan Penunjang**

- a. Diagnosa medis : Appendisitis akut
- b. Pemeriksaan diagnostik / penunjang medis

Hasil pemeriksaan laboratorium pasien di Ruang Teratai RST Dr. Soepraoen Malang tanggal 26 Agustus 2024

**Tabel 4. 1. Pemeriksaan Penunjang**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
<b>Hematologi</b>		
Hemoglobin	13,7 g/dL	10,7-14,7 g/dL
Hematokrit	38,6 %	33.0-45.0 %
Leukosit	15,32 ribu/uL	4,79-11,34 ribu/uL
Trombosit	367.000 sel/ul	216,0-451,0 ribu/uL
PCV	40,6	35,5-44,9
<b>Urine Lengkap</b>		
Ureum	+/- neg / neg	
Bilirubin / Urobilin	-/- neg / neg	
PH / BJ	6,5/1,010	
Blood / Keton	++/- neg / neg	
Leko / Nitrit	-/- neg / neg	
Tes kehamilan	NEGATIF	
Sedimen		

<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
Lekosit / Eritrosit	1-3/15-19 /lbp	
Epitel Squamos	1-3 /lpk	
Silinder	- /lpk	
Kristal	-	
Lain-lain CITO	BAKTERI +	

c. Rontgen : Pemeriksaan USG

Hasil pemeriksaan USG tanggal 26 Agustus 2024

USG Abdomen

Hepar : Ukuran tidak membesar, sudut tajam, permukaan rata, intensitas echo homogen normal, sistem vena porta, bilier dan hepatica tidak melebar, tidak tampak nodul/massa/kista

Vesika fella : Dinding tak tebal, tak tampak batu sludge

Pancreas : Ukuran normal, parenkim normal, ductus pancreaticus tak lebar

Lien : Ukuran normal, parenkim normal, paraaorta tak tampak kelainan

Ginjal kanan : Ukuran normal, batas kartikomeduler baik, ekogenisitas normal, PCS tak lebar, tak tampak batu/massa

Vesika urinaria : Dinding tak tebal, tak tampak batu/massa

Regio Mc Burney : Tampak blind end tube non compressible disertai fluid collection di sekitarnya, pada potongan longitudinal membentuk gambaran target sign

Kesan : Gambaran appendicitis akut disertai periappendicular fluid collection. Tak tampak kelainan lain pada organ intraabdomen

## 10. Penatalaksanaan dan Terapi

- a. Monitor tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas, suhu, dan SPO2)
- b. Kaji skala nyeri
- c. IVFD NS 0,9 % 1000cc/24 jam (14 tpm)
- d. Infus metronidazole 3x500 ml
- e. Inj. Ketorolac 2 x 30 mg
- f. Inj. Cefotaxim 2 x 1g
- g. Inj. Ondansentron 4 mg

### 4.1.2 Analisa Data

Nama Pasien : Nn. E

Umur : 20 tahun

No. Reg : 419xxx

**Tabel 4. 2. Analisis Data**

No.	Data Penunjang	Masalah	Etiologi
1	<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh nyeri perut kuadran kanan bawah</p> <p>P : Nyeri saat digunakan untuk berjalan</p> <p>Q : Seperti tertusuk</p> <p>R : Perut kuadran kanan bawah (<i>Right Iliac Region</i>)</p> <p>S : 7</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat gelisah</li> <li>- Pasien tampak terlihat menahan sakit</li> <li>- Pasien sulit beristirahat/tidur</li> <li>- Terdapat nyeri tekan pada perut kanan bawah</li> <li>- TD : 102/60 mmHg</li> </ul>	Nyeri akut	<p>Appendisitis</p> <p>↓</p> <p>Infeksi meluas</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan stimulasi peritoneum</p> <p>↓</p> <p>Timbul rasa nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>

	- Nadi : 79 x/menit		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh mual</li> <li>- Pasien mengatakan muntah sudah 5 kali</li> <li>- Pasien mengatakan porsi makan tidak dapat habis akibat mual</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibir pasien terlihat kering dan pucat</li> <li>- Porsi makan terlihat tidak dihabiskan</li> <li>- Pasien hanya makan kurang lebih 3 sendok setiap kali waktu makan (pagi, siang, dan sore)</li> </ul>	Nausea	<p>Penyumbatan lumen appendik</p> <p>↓</p> <p>Appendisitis</p> <p>↓</p> <p>Perforasi usus</p> <p>↓</p> <p>Infeksi meluas</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan stimulasi peritoneum</p> <p>↓</p> <p>Anoreksia</p> <p>Mual muntah</p>
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan takut dan khawatir dengan tindakan pembedahan yang akan dilakukan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien sulit tidur</li> <li>- TTV :</li> </ul> <p>TD : 102/60 mmHg</p> <p>N : 79 x/menit</p>	Ansietas	<p>Appendisitis</p> <p>↓</p> <p>Appendectomy</p> <p>↓</p> <p>Kurang pengetahuan tentang prosedur dan tujuan pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Cemas</p>
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit untuk mengawali tidur karena nyeri pada perutnya</li> <li>- Pasien mengatakan sering terbangun ketika ada suara obrolan orang-orang di sekelilingnya</li> <li>- Pasien mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemas dan lesu</li> </ul>	Gangguan pola tidur	<p>Appendisitis</p> <p>↓</p> <p>Infeksi meluas</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan stimulasi peritoneum</p> <p>↓</p> <p>Timbul rasa nyeri</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang didapatkan dari hasil pengkajian didapatkan beberapa diagnosa keperawatan sebagai berikut :

**Tabel 4. 3. Diagnosa Keperawatan**

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan
1.	26-08-2024 (20.00)	(D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (penyumbatan lumen appendiks) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif.
2.	26-08-2024 (20.00)	(D.0076) Nausea b.d peningkatan stimulasi peritoneum d.d mengeluh mual dan muntah sebanyak 5 kali, porsi makan tidak dapat dihabiskan akibat mual.
3.	26-08-2024 (20.00)	(D.0080) Ansietas b.d kurang pengetahuan prosedur pembedahan d.d pasien merasakan cemas dan sulit beristirahat atau tidur
4.	27-08-2024 (06.30)	(D.0055) Gangguan pola tidur b.d nyeri dan hambatan lingkungan : kebisingan, d.d pasien mengeluh sulit mengawali tidur, mengeluh sering terbangun akibat kebisingan di sekitar.
5.	27-08-2024 (12.30)	Hipotermia b.d terpapar suhu lingkungan rendah d.d kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh di bawah normal
6.	27-08-2024 (14.00)	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif
7.	27-08-2024 (14.00)	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, kekuatan otot menurun

## 4.3 Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun intervensi keperawatan terdapat langkah-langkah penyusunan yaitu menentukan urutan prioritas masalah, merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai, menentukan kriteria hasil dan rencana tindakan keperawatan.

### 4.3.1 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Prioritas keperawatan yang diurutkan berdasarkan masalah yang memengaruhi kehidupan atau keselamatan pasien dan masalah nyata

mendapatkan perhatian atau prioritas lebih tinggi daripada masalah potensial. Dari hal tersebut didapatkan prioritas sebagai berikut :

**Tabel 4. 4. Prioritas Diagnosa Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Masalah ditemukan	Masalah teratasi
1.	(D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (penyumbatan lumen appendi) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif.	26-08-2024 (20.00)	27-08-2024
2.	(D.0076) Nausea b.d peningkatan stimulasi peritoneum d.d mengeluh mual dan muntah sebanyak 5 kali, porsi makan tidak dapat dihabiskan akibat mual.	26-08-2024 (20.00)	28-08-2024
3.	(D.0080) Ansietas b.d kurang pengetahuan prosedur pembedahan d.d pasien merasakan cemas dan sulit beristirahat atau tidur	26-08-2024 (2024)	27-08-2024
4.	(D.0055) Gangguan pola tidur b.d nyeri dan hambatan lingkungan : kebisingan, d.d pasien mengeluh sulit mengawali tidur, mengeluh sering terbangun akibat kebisingan di sekitar.	27-08-2024 (07.00)	28-08-2024
5.	Hipotermia b.d terpapar suhu lingkungan rendah d.d kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh di bawah normal	27-08-2024 (12.30)	27-08-2024
6.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (post operasi bekas insisi) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif	27-08-2024 (14.00)	30-08-2024
7.	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri post op d.d nyeri saat bergerak, kekuatan otot menurun	27-08-2024 (14.00)	30-08-2024

### 4.3.2 Tujuan dan Rencana Keperawatan

Nomba Pasien : Nn. E

Umur : 20 Tahun

**Tabel 4. 5. Tujuan dan Rencana Keperawatan**

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Senin, 26-08-2024	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (penyumbatan lumen appendi) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif.	(L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun	<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	1. Mengetahui lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui dan menilai tingkat nyeri melalui respon gerak pasien 4. Untuk mempermudah proses perawatan 5. Untuk menambah pengetahuan nyeri pada pasien sehingga mengerti tindakan yang seharusnya dilakukan untuk mengatasi nyeri 6. pengaruh budaya dapat mempengaruhi cara pasien atau keluarga dalam mencari perawatan atau beristeraksi dengan penyedia layanan kesehatan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan pemberian teknik relaksasi <i>finger hold</i> dan terapi kompres hangat</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Mis : suhu</p>	<p>7. Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi kualitas hidup pasien</p> <p>8. Dapat membantu dalam proses intervensi dan catatan perkembangan pasien</p> <p>9. Antisipasi terjadinya komplikasi penyakit akibat reaksi obat</p> <p>5. Mengurangi tingkat nyeri pasien/mengalihkan pasien dari rasa nyerinya</p> <p>11. Menciptakan kenyamanan pasien dalam beristirahat dan melakukan perawatan</p> <p>12. Istirahat dan tidur dapat membantu mempercepat pemulihan pasien</p> <p>13. Agar dapat menggunakan teknik meredakan nyeri dengan tepat</p> <p>14. Memberikan pengetahuan mengenai penyebab nyeri yang dirasakan</p> <p>15. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>ruangan, pencahayaan, dan kebisingan</p> <p>12..Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>13.Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>14.Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16.Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17.Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p>	<p>sederhana</p> <p>16.Agar pasien dapat mengerti perkembangan dalam kesembuhan pasien secara mandiri</p> <p>17.Menjelaskan analgetik atau terapi farmakologi yang sudah diresepkan oleh dokter</p> <p>18.Memberikan teknik non farmakologi yang dapat dilakukan oleh pasien sewaktu waktu nyeri datang</p> <p>19.Mengurangi/menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien sesuai rekomendasi dokter</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				18. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri  <b>Kolaborasi</b> 19. Kolaborasi pemberian analgetik	
2.	Senin, 26 Agustus 2024	Nausea b.d peningkatan stimulasi peritoneum d.d mengeluh mual dan muntah sebanyak 5 kali, porsi makan tidak dapat dihabiskan akibat mual.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil : - Nafsu makan meningkat - Keluhan mual menurun - Keluhan muntah menurun - Pucat membaik	<b>Manajemen Mual Observasi</b> 1. Identifikasi pengalaman mual  2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 3. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 4. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)	1. Untuk mengetahui riwayat mual dan muntah pada riwayat sakit sebelumnya 2. Untuk mengetahui tingkat keparahan mual  3. Untuk mengetahui penyebab dari mual yang dialami 4. Untuk penanganan mual yang sedang dialami  5. Untuk mengetahui frekuensi muntah dan menghitung kebutuhan cairan  6. Mengendalikan factor lingkungan penyebab mual dan mengurangi perasaan mual pada pasien

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>5. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>6. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>7. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan)</p> <p>8. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>9. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>10. Anjurkan istirahat dan</p>	<p>7. Membantu mengurangi keadaan yang menyebabkan mual</p> <p>8. Memberikan makanan dalam jumlah kecil menarik dan sering dapat mentoleransi makanan yang dikeluarkan</p> <p>9. Makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna dapat ditolerir pasien untuk dikonsumsi</p> <p>10. Istirahat dapat memulihkan kondisi tubuh</p> <p>11. Keadaan mulut yang kotor atau kurang bersih dapat memicu terjadinya mual karena pasien kurang merasa nyaman</p> <p>13. Makanan tinggi kalori dan rendah lemak dapat menambah energy untuk metabolisme tubuh</p> <p>14. Membantu meredakan atau meringankan rasa mual</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>tidur yang cukup</p> <p>11. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>12. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak</p> <p>13. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>14. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu</p>	
3.	Senin, 26 Agustus 2024	Ansietas b.d kurang pengetahuan prosedur pembedahan d.d pasien merasakan cemas dan sulit beristirahat atau tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil: 3. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang	<p><b>Reduksi ansietas (1.09314)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)</p> <p>2. Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p><b>Terapeutik</b></p>	<p><b>Observasi:</b></p> <p>1. Untuk mengetahui apakah pasien masih cemas atau tidak.</p> <p>2. Untuk mengetahui apakah pasien mengalami tanda-tanda ansietas atau tidak.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3. Untuk membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien.</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p>dihadapi dari menurun</p> <p>4. Perilaku gelisah menurun</p> <p>5. Pucat dari menurun</p>	<p>3.Ciptakan suasana terapeutik untuk menumpuhkan kepercayaan</p> <p>4.Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</p> <p>5.Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan</p> <p>6.Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>7.Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>8.Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>9.Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>10.Latihan kegiatan</p>	<p>4.agar pasien tidak merasa sendiri dan dapat mengurangi ansietas pada pasien.</p> <p>5.Untuk menumbuhkan rasa saling percaya satu sama lain</p> <p>6.Agar dapat mengontrol rasa cemas yang sedang dirasakan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>7.Untuk memfasilitasi kenyamanan pasien</p> <p>8.Memberikan penjelasan kepada pasien untuk mengetahui apa penjelasan sesuai dengan pasien</p> <p>9.Beri penjelasan tentang prognosis pasien</p> <p>10.agar pasien tidak merasa sendiri dan membuat pasien cemas dengan kondisinya.</p> <p>11.untuk membuat merasa rileks dan nyaman</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>12.untuk membantu pasien mengobati rasa kecemasannya</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>11.Latih teknik relaksasi</p> <p><b>Kolaborasi</b> 12.Kolaborasi pemberian obat antiansientas, jika perlu</p>	
4.	Selasa, 27 Agustus 2024	Gangguan pola tidur b.d nyeri dan hambatan lingkungan : kebisingan, d.d pasien mengeluh sulit mengawali tidur, mengeluh sering terbangun akibat kebisingan di sekitar.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah	<p><b>Dukungan Tidur</b></p> <p><b>Observasi</b> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</p> <p>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Untuk mendata masalah yang dialami pasien</p> <p>2. Untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan pasien</p> <p>3. Untuk mengetahui pengaruhnya terhadap pola tidur</p> <p>4. Untuk mengetahui efek samping yang terjadi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5. Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien</p> <p>6. Agar pasien mampu beristirahat</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p>menurun</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p><b>Terapeutik</b></p> <p>5. Modifikasi lingkungan</p> <p>6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</p> <p>7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>8. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>13. Anjurkan</p>	<p>yang cukup</p> <p>7. Agar pasien mampu merasa tenang</p> <p>8. Untuk menjaga kualitas tidur yang baik</p> <p>9. Agar pasien mampu rileks dan merasa lebih santai</p> <p>10. Untuk membantu kualitas tidur yang baik</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>11. Agar pasien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup</p> <p>12. Untuk membiasakan waktu tidur rutin</p> <p>13. Untuk menghindari terjadinya gangguan kualitas tidur</p> <p>14. Agar mendapatkan efek tenang pada pasien</p> <p>15. Untuk memberikan pemahaman yang baik kepada pasien terkait pola tidur</p> <p>16. Untuk menunjang penyembuhan pasien dengan baik</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur 16. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya	
5.	Selasa, 27 Agustus 2024	Hipotermia b.d terpapar suhu lingkungan rendah d.d kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh di bawah normal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam. Diharapkan termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil : - Menggigil menurun - Suhu tubuh membaik	<b>Manajemen Hipotermia (I.14507) Observasi</b> 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <b>Terapeutik</b> 4. Sediakan lingkungan yang hangat 5. Ganti pakaian dan/atau linen yang basah	1. Untuk mengetahui suhu tubuh pasien 2. Untuk mengetahui penyebab hipotermi pada pasien 3. Untuk mengetahui gejala yang dialami pasien sehingga dapat menentukan rencana tindak lanjut 4. Agar suhu tubuh pasien naik dan kembali normal 5. Untuk mengurangi risiko suhu tubuh semakin turun 6. Untuk membantu menghangatkan tubuh pasien

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			- Suhu kulit membaik	6. Lakukan penghangatan pasif 7. Lakukan penghangatan aktif eksternal 8. Lakukan penghangatan aktif internal <b>Edukasi</b> 9. Anjurkan makan/minum hangat	7. Untuk mempercepat pengembalian suhu tubuh pasien 8. Agar suhu tubuh pasien lebih cepat normal 9. Untuk menghangatkan tubuh pasien
6.	Selasa, 27 Agustus 2024	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, kekuatan otot menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam. Diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil :	<b>Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi</b> 1. Identifikasi nyeri/ keluhan fisik lain 2. Identifikasi fisik toleransi melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <b>Terapeutik</b> 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	1. Mengetahui keluhan lain pasien dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan 2. mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan 3. Mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi 4. Memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi risiko jatuh/sakit saat berpindah 5. Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>5. Libatkan keluarga membantu pasien untuk dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>8. ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (missal duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	<p>pergerakan</p> <p>6. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang diberikan</p> <p>7. Melatih kerja otot yang lemah</p> <p>8. Melatih otot pasien secara bertahap</p>

#### 4.4 Implementasi

Tindakan keperawatan yang diberikan pada Nn. E disesuaikan dengan rencana yang telah dibuat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Berikut implementasi keperawatan yang dilakukan pada Nn. E :

**Tabel 4. 6. Implementasi**

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
<b>26-08- 2024/21.30</b> <b>Shift</b> <b>Malam</b> <b>(Pre op)</b>  21.35  21.40  22.30  23.35  23.55	D.0077 Nyeri akut	1. Menanyakan kondisi nyeri pasien	1.P : Nyeri saat digunakan untuk bergerak dan berjalan Q : Seperti tertusuk R : Perut kuadran kanan bawah ( <i>Right Iliac Region</i> ) S : 7 T : Hilang timbul
		2. Mengamati ekspresi pasien terhadap nyeri	2. Pasien tampak meringis menahan sakit saat berpindah posisi
		3. Mengidentifikasi skala nyeri pasien	3. Pasien mengatakan skala nyeri 7
		4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	4. Pasien terlihat kesulitan dalam bergerak dan berpindah posisi
		5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	5. Pasien mengatakan nyeri memberat ketika digunakan untuk bergerak dan untuk meringankan nyeri pasien hanya dapat meringkuk dan berbaring
		6. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	6. Pasien telah memahami nyeri pada perutnya yang disebabkan oleh penyumbatan pada usus sesuai penjelasan dari dokter
		7. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	7. Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya
		8. Memonitor efek samping penggunaan analgetik yang sudah diberikan	8. Pasien mengatakan tidak merasakan efek samping sesudah diberikan analgetik saat di IGD pukul 18.30
		8. Memandu pasien	8. Pasien dapat mengikuti

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
		<p>melakukan relaksasi <i>finger hold</i></p> <p>9. membantu melakukan kompres hangat selama 20 menit dengan pasien melakukan terapi <i>finger hold</i></p> <p>10. Menjelaskan strategi meredakan nyeri yang telah diberikan</p> <p>11. Meminta pasien mempraktikkan relaksasi <i>finger hold</i> secara mandiri</p>	<p>melakukan relaksasi <i>finger hold</i></p> <p>9. Pasien merasa nyaman</p> <p>10. Pasien dapat memahami penjelasan yang telah diberikan</p> <p>11. Pasien mampu mempraktikkan secara mandiri</p>
26-08-2024 20.00 20.05  20.10  20.13  20.15	D.0076 Nausea	<p>1. Mengidentifikasi faktor penyebab mual</p> <p>2. Memonitor mual</p> <p>3. Memberikan aromaterapi minyak kayu putih untuk mengurangi rasa mual dan muntah</p> <p>4. Memberikan makanan dalam porsi kecil namun sering</p> <p>5. Mengkolaborasikan pemberian obat injeksi ondansentron 4 mg</p>	<p>1. Pasien mengatakan mual saat sesudah makan</p> <p>2. Frekuensi : Mual setiap selesai makan Durasi : Terasa setiap 4-5 jam sekali (sering)</p> <p>3. Pasien berusaha untuk tenang dan menghirup aromaterapi yang diberikan</p> <p>4. Pasien mampu makan bubur 2 sendok makan</p> <p>5. Pasien bersedia diberikan injeksi ondansentron</p>
26-08-2024 21.30  22.00  22.00	D.0080 Ansieta s	<p>1. Mengedukasi pasien mengenai penyakit appendiks, tata cara persiapan sebelum operasi, dan penatalaksanaan operasi</p> <p>2. Memuaskan pasien minimal 6 jam sebelum operasi</p> <p>3. Menjelaskan tentang prosedur waktu dan lamanya operasi</p>	<p>1. Pasien dapat memahami penjelasan yang diberikan</p> <p>2. Pasien patuh dengan anjuran yang diberikan</p> <p>3. Pasien mendengarkan dan dapat memahami penjelasan</p>
27-08-2024 06.05	D.0055 Gangu an pola tidur	<p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Mengidentifikasi factor pengganggu tidur</p>	<p>1. Pasien mengatakan tidak dapat tidur semalam</p> <p>2. Pasien mengatakan tidak dapat memulai tidur</p>

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
		3.Membantu menciptakan lingkungan yang nyaman dengan mengingatkan pengunjung pada ruangan tersebut untuk menciptakan suasana yang tenang agar pasien dapat beristirahat 4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	akibat nyeri pada perutnya, dan ditengah tidurnya sering terbangun akibat suara di sekelilingnya 3.Keluarga pasien dapat memahami anjuran untuk tenang di dalam ruangan  4.pasien mendengarkan dan paham dengan penjelasan
<b>27-08-2024</b> <b>10.30</b>  <b>10.35</b> <b>(Intra Op)</b>  10.40  11.00  11.15  11.20  12.30	D.0131 Hipotermi	1.Mengukur suhu tubuh pasien menggunakan thermometer axila 2.Memberikan penghangatan aktif yakni dengan menambahkan laken pada bagian tubuh yang terbuka seperti dada dan tangan 3.Mengganti cairan infus menjadi cairan infus hangat RL 50 perIV 4.Memonitor tanda gejala hipotermi yang muncul (menggigil) 5.Mengukur suhu tubuh pasien setelah dipindah ke <i>Recovery Room</i> 6. Mengganti selimut klien dengan selimut yang lebih tebal dan memberikan lampu penghangat di dekat klien 7. Memonitor suhu tubuh	1.S : 35,3 C  2.Klien diberi laken tambahan  3.Klien diberikan cairan infus RL 500 cc yang sudah dihangatkan 4.Menggigil sedikit berkurang  5.S : 35,6  6.Klien bersedia diberi penghangatan aktif  7.S : 36,6 C
<b>27-08-2024/14.00</b> <b>Shift Sore</b> <b>14.05</b> <b>(Post OP)</b>	D.0077	1. Mengobservasi keluhan dan skala nyeri yang dirasakan 2. Menanyakan terkait nyeri yang dirasakan klien	1. Klien mengatakan skala nyeri 6, kaku saat dibuat bergerak dan sangat nyeri 2. P : Nyeri semakin bertambah saat bergerak Q : nyeri seperti disayat R : pada area yang di operasi (Di perut)

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
14.10		3.Mengamati ekspresi pasien terhadap nyeri	S : skala 6 T : Nyeri terus menerus
14.15		4.Memandu pasien melakukan relaksasi <i>finger hold</i>	3.Pasien tampak meringis saat digunakan bergerak atau berpindah 4.Pasien dapat melakukan relaksasi <i>finger hold</i>
14.25		5.Membantu dan menganjurkan pasien mengompres dengan air hangat selama 20 menit disekeliling luka	5.Pasien merasa nyaman dan memahami anjuran yang diberikan
14.45		6.Meminta pasien mempraktikkan relaksasi <i>finger hold</i> secara mandiri	6.Pasien mampu mempraktikkan secara mandiri
16.00		7. Memberikan injeksi ketorolac 30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml	7.Pasien bersedia diberikan injeksi ketorolac 30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml
16.05	D.0076 Nausea	1.Mengidentifikasi faktor penyebab mual	1.Pasien mengatakan masih merasakan mual saat sesudah makan
16.10		2.Memonitor mual	2.Frekuensi : Mual setiap selesai makan Durasi : jarang
16.15		3.Memberikan aromaterapi minyak kayu putih untuk mengurangi rasa mual dan muntah	3.Pasien berusaha untuk tenang dan menghirup aromaterapi yang diberikan saat mual datang
18.00		4. Memberikan makanan dalam porsi kecil namun sering	4. Pasien mampu makan bubur 5 sendok makan (Separuh porsi makan)
18.00		5. Mengkolaborasi pemberian obat injeksi ondansentron 4 mg	5.Pasien bersedia diberikan injeksi ondansentron
18.05	D.0054 Gangguan mobilitas fisik	1.Mengidentifikasi nyeri/keluhan fisik lain	1.Pasien mengatakan luka bekas operasi terasa sangat kaku sehingga saat bergerak terasa sakit
18.10		2.Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	2.Pasien mengatakan cemas dan enggan untuk bergerak
18.15		3.libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	3.Keluarga dapat memahami anjuran yang diberikan
		4. Menjelaskan prosedur	4.Pasien dan keluarga

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
18.20		mobilisasi dini pada pasien dengan post operasi dan mengajarkan kepada pasien dan keluarga terkait mobilisasi sederhana yang bisa dilakukan setelah 24 jam post opo seperti miring kanan kiri	mendengarkan penjelasan yang diberikan dan dapat memahaminya
18.25  18.30  18.35  18.40	D.0055 Gangguan pola tidur	1.Menanyakan pola aktivitas dan tidur  2.Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur  3.menyiapkan lingkungan yang nyaman untuk beristirahat dengan posisi head up 25° dan memberikan bantal pengganjal di bawah lutut pasien  4.Memberikan terapi distraksi mendengarkan murottal untuk menghilangkan stress sebelum tidur	1.Pasien mengatakan masih belum bisa tertidur setelah operasi siang tadi 2.Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena lukanya masih terasa nyut-nyutan 3.Pasien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut  4.Pasien memilih untuk mendengarkan murottal dari handphone
28-08-2024 Shift pagi 07.00  07.05  07.10  07.15  11.00	D.0077	1. Mengobservasi keluhan dan skala nyeri yang dirasakan  2. Menanyakan terkait nyeri yang dirasakan klien  3.Mengamati ekspresi pasien terhadap nyeri  4.Memberikan injeksi ketorolac 30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml  5.Memandu pasien melakukan relaksasi <i>finger</i>	1. Klien mengatakan skala nyeri sedikit berkurang tetapi masih kaku saat dibuat bergerak dan sangat nyeri 2. P : Nyeri saat bergerak Q : nyeri seperti disayat R : pada area yang di operasi (diperut) S : skala 5 T : Nyeri hilang timbul 3.Pasien tampak meringis saat digunakan bergerak atau berpindah 4.Pasien bersedia diberikan injeksi ketorolac 30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml 5.Pasien dapat melakukan relaksasi <i>finger hold</i>

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
11.10  11.30		<i>hold</i> 6.Membantu dan menganjurkan pasien mengompres dengan air hangat selama 20 menit di abdomen disekeliling luka 7.Meminta pasien mempraktikkan relaksasi <i>finger hold</i> secara mandiri	6.Pasien merasa nyaman dan memahami anjuran yang diberikan  7.Pasien mampu mempraktikkan secara mandiri
07.15  07.20  07.25	D.0076 Nausea	1.Memonitor mual  2. Menganjurkan untuk memberikan aromaterapi minyak kayu putih untuk mengurangi rasa mual 3. Mengkolaborasikan pemberian obat injeksi ondansentron 4 mg	1.Pasien mengatakan sudah tidak merasakan mual. Pasien mengatakan sudah dapat menghabiskan 1 porsi makan bubur - Frekuensi : Mual hanya sekali sejak malam tadi 2.Pasien menerima anjuran yang di berikan  3.Pasien bersedia diberikan injeksi ondansentron
07.30  07.35  07.40  07.45	D.0054 Gangguan mobilitas fisik	1.Mengidentifikasi nyeri/keluhan fisik lain  2.Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Menjelaskan prosedur mobilisasi dini pada pasien dengan mobilisasi sederhana yaitu duduk diatas bed	1.Pasien mengatakan luka bekas operasi masih terasa sangat kaku sehingga saat bergerak terasa sakit 2.Pasien mengatakan sudah dapat bergerak miring kanan dan kiri 3.Keluarga dapat memahami anjuran yang diberikan 4.Pasien dan keluarga mendengarkan penjelasan yang diberikan dan pasien mencoba duduk secara pelan-pelan dan bersandar
29-08-2024 Shift pagi 07.00  07.05	D.0077 Nyeri akut	1. Mengobservasi keluhan dan skala nyeri yang dirasakan  2. Menanyakan terkait nyeri yang dirasakan klien	1. Klien mengatakan skala nyeri berkurang, tetapi perut masih terasa kaku, skala nyeri 3 2. P : Nyeri saat digunakan untuk bergerak Q : nyeri seperti disayat R : pada area yang di

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
07.10		3. Mengamati ekspresi pasien terhadap nyeri	operasi (di perut) S : skala 3 T : Nyeri hilang timbul 3.Pasien tampak meringis saat digunakan bergerak atau berpindah
07.15		4.Memberikan injeksi ketorolac 30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml	4.Pasien bersedia diberikan injeksi ketorolac 30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml
11.00		5.Memandu pasien melakukan relaksasi <i>finger hold</i>	5.Pasien dapat melakukan relaksasi <i>finger hold</i> dan mengatakan rileks setelah melakukan relaksasi
11.10		6.Membantu dan menganjurkan pasien mengompres dengan air hangat selama 20 menit di abdomen disekeliling luka	6. Pasien merasa nyaman dan memahami anjuran yang diberikan
11.20		7.Meminta pasien mempraktikkan relaksasi <i>finger hold</i> secara mandiri	7.Pasien mampu mempraktikkan secara mandiri
11.30	D.0054 Gangguan mobilitas fisik	1.Mengidentifikasi nyeri/keluhan fisik lain 2.Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Menjelaskan prosedur mobilisasi dini pada pasien dengan mobilisasi sederhana yaitu berpindah dari tempat tidur ke kursi atau jalan-jalan jarak dekat 5. Membantu pasien melakukan mobilisasi sederhana yaitu berpindah dari tempat tidur ke kursi	1.Pasien mengatakan luka bekas operasi terasa masih kaku dan sedikit nyeri 2.Pasien mengatakan sudah dapat melakukan duduk secara mandiri 3.Keluarga dapat memahami anjuran yang diberikan 4.Pasien dan keluarga mendengarkan penjelasan yang diberikan 5.Pasien dapat melakukan secara berhati-hati
30-08-2024 Shift pagi 07.00	D.077 Nyeri akut	1. Mengobservasi keluhan dan skala nyeri yang dirasakan	1. Klien mengatakan skala nyeri berkurang, skala nyeri 2 2. P : Nyeri saat digunakan

Tanggal/ Jam	No. Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien
07.05		2. Menanyakan terkait nyeri yang dirasakan klien	untuk bergerak Q : nyeri seperti disayat R : pada area yang di operasi (di perut) S : skala 2 T : Nyeri hilang timbul
07.10		3. Mengamati ekspresi pasien terhadap nyeri	3.Pasien tampak berhati-hati dalam berpindah
07.15		4.Memberikan injeksi ketorolac 30 mg	4.Pasien bersedia diberikan injeksi ketorolac 30 mg
10.30		5.Memandu pasien melakukan relaksasi <i>finger hold</i>	5.Pasien mengatakan rileks setelah melakukan relaksasi fingerhold yang diberikan
11.00		6.Membantu dan menganjurkan pasien mengompres dengan air hangat selama 20 menit di abdomen disekeliling luka	6. Pasien merasa nyaman dan memahami anjuran yang diberikan
11.20		7.Meminta pasien mempraktikkan relaksasi <i>finger hold</i> secara mandiri	7.Pasien mampu mempraktikkan secara mandiri
11.25		1.Mengidentifikasi nyeri/keluhan fisik lain	1.Pasien mengatakan luka bekas operasi sudah tidak terlalu nyeri
11.30		2.Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	2.Pasien mengatakan sudah dapat berpindah dari kasur ke kursi secara perlahan
11.35		3. Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	3.Keluarga dapat memahami anjuran yang diberikan
11.40		4. Menjelaskan prosedur mobilisasi dini pada pasien dengan mobilisasi sederhana yaitu berpindah dari tempat tidur ke kursi atau jalan-jalan jarak dekat	4.Pasien dan keluarga mendengarkan penjelasan yang diberikan
11.55		5. Membantu pasien melakukan mobilisasi sederhana yaitu jalan-jalan di depan ruangan dengan jarak dekat secara perlahan	5.Pasien dapat berjalan dengan pelan-pelan dan di bantu

## 4.5 Evaluasi

### 4.5.1 Evaluasi Formatif

Tabel Evaluasi Keperawatan Diagnosa Nyeri Akut

**Tabel 4. 7. Evaluasi Keperawatan Diagnosa Nyeri Akut**

No. Dx	Hari Pertama	Hari ke-2	
	27-08-2024/06.00 WIB	27-08-2024/14.00	27-08-2024/20.30
D.0077	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang</li> <li>- P : Nyeri saat bergerak</li> <li>Q : Seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : Perut kuadran kanan bawah (<i>Right Iliac Region</i>)</li> <li>S : 7</li> <li>T : Hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis ketikan berpindah posisi</li> <li>- Tampak bersikap protektif</li> <li>- Terdapat nyeri tekan pada perut kanan bawah</li> <li>- TD : 102/60 mmHg</li> <li>Nadi : 79 x/menit</li> <li>S : 36,2 C</li> <li>RR : 19x/menit</li> <li>SpO2 : 100%</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan skala nyeri 6, kaku saat dibuat bergerak dan sangat nyeri</li> <li>- P : Nyeri semakin bertambah saat bergerak</li> <li>Q : nyeri seperti disayat</li> <li>R : pada area yang di operasi</li> <li>S : skala 6</li> <li>T : Nyeri terus menerus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waktu operasi 09.00-12.30</li> <li>- Masuk <i>recovery room</i> jam 12.40</li> <li>- Pindah ke ruang rawat inap jam 13.20</li> <li>- Terpasang drain vakum</li> <li>- TD : 115/80</li> <li>N : 85 x/menit</li> <li>S : 36 C</li> <li>RR : 20 x/menit</li> <li>SpO2 : 99%</li> </ul> <p>A : Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi, muncul masalah</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan skala nyeri 5, kaku saat dibuat bergerak dan sangat nyeri</li> <li>- P : Nyeri semakin bertambah saat bergerak</li> <li>Q : nyeri seperti disayat</li> <li>R : pada area yang di operasi</li> <li>S : skala 5</li> <li>T : Nyeri terus menerus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak balutan luka di perut kanan bawah</li> <li>- Terpasang drain vacuum</li> <li>- Pasien tampak kesulitan dan takut untuk bergerak</li> <li>- TD : 120/83</li> <li>N : 82 x/menit</li> <li>S : 36 C</li> <li>RR : 20 x/menit</li> <li>SpO2 : 100%</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p>

	Hari Pertama	Hari ke-2	
	<p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencana operasi appendiktomi dengan laparaskopi jam 09.00</li> </ul>	<p>keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>P :</p> <p>Lakukan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injeksi ketorolac 2x30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml</li> </ul>	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melanjutkan intervensi no. 1, 2, 5, 6, 8, 9</li> <li>- Injeksi ketorolac 2x30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml</li> </ul>
	Hari ke-3		Hari ke-4
No. Dx	28-08-2024/07.00 WIB	28-08-2024/14.00	29-08-2024/07.00
D.0077	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan skala nyeri sedikit berkurang tetapi masih kaku saat dibuat bergerak dan sangat nyeri</li> <li>- P : Nyeri saat bergerak</li> <li>Q : nyeri seperti disayat</li> <li>R : pada area yang di operasi</li> <li>S : skala 5</li> <li>T : Nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis ketika berpindah posisi</li> <li>- Tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Terpasang drain vacum</li> <li>- TD : 118/78 mmHg</li> <li>Nadi : 80 x/menit</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan skala nyeri sedikit berkurang tetapi masih kaku saat dibuat bergerak dan sangat nyeri</li> <li>- P : Nyeri saat bergerak</li> <li>Q : nyeri seperti disayat</li> <li>R : pada area yang di operasi</li> <li>S : skala 5</li> <li>T : Nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis ketika berpindah posisi</li> <li>- Tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Terpasang drain vacum</li> <li>- TD : 122/83 mmHg</li> <li>Nadi : 75 x/menit</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan skala nyeri berkurang tetapi perut masih terasa kaku, skala nyeri 3</li> </ul> <p>P : Nyeri saat digunakan untuk bergerak</p> <p>Q : nyeri seperti disayat</p> <p>R : pada area yang di operasi (di perut)</p> <p>S : skala 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis ketika digunakan untuk duduk</li> <li>- Tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Terpasang drain vacum</li> <li>- TD : 120/85</li> </ul>

	<p>S : 36,1° C RR : 20 x/menit SpO2 : 100%</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : - Melanjutkan intervensi no. 1, 2, 5, 6, 8, 9 - Injeksi ketorolac 2x30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml</p>	<p>S : 36,5° C RR : 20 x/menit SpO2 : 100%</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : - Melanjutkan intervensi no. 1, 2, 5, 6, 8, 9 Injeksi ketorolac 2x30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml</p>	<p>mmHg Nadi : 85 x/menit S : 36° C RR : 20 x/menit SpO2 : 99%</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : - Melanjutkan intervensi no. 1, 2, 5, 6, 8, 9 - Injeksi ketorolac 2x30 mg dan infus metronidazole 3 x 500 ml</p>
--	--	--	--

	Hari ke-4	Hari ke-5	
No. Dx	29-08-2024/14.00 WIB	30-08-2024/07.00	30-08-2024/14.00
D.0077	<p>S : - Klien mengatakan skala nyeri berkurang - Klien mengatakan rileks saat memperagakan relaksasi <i>finger hold</i> saat nyeri datang seketika</p> <p>P : Nyeri saat digunakan untuk bergerak</p> <p>Q : nyeri seperti disayat</p> <p>R : pada area yang di operasi (di perut)</p> <p>S : skala 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p>	<p>S : - Klien mengatakan nyeri berkurang - - Klien mengatakan rileks saat memperagakan relaksasi <i>finger hold</i> saat nyeri datang seketika</p> <p>P : Nyeri saat digunakan untuk bergerak</p> <p>Q : nyeri seperti disayat</p> <p>R : pada area yang di operasi (di perut)</p> <p>S : skala 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p>	<p>S : - Klien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri pada luka operasi - Klien mengatakan rileks saat memperagakan relaksasi <i>finger hold</i> saat nyeri datang seketika</p> <p>P : Nyeri saat digunakan untuk bergerak</p> <p>Q : nyeri seperti disayat</p> <p>R : pada area yang di operasi (di perut)</p> <p>S : skala 1</p>

	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Terpasang drain vacuum</li> <li>- TD : 123/82 mmHg</li> <li>Nadi : 78 x/menit</li> <li>S : 36° C</li> <li>RR : 20 x/menit</li> <li>SpO2 : 100%</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melanjutkan intervensi no. 1, 2, 5, 6, 8, 9</li> <li>- Injeksi ketorolac 2x30 mg</li> </ul>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah dapat bergerak berpindah dari tempat tidur ke kursi</li> <li>- Tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Drain vacuum sudah di lepas</li> <li>- TD : 120/83 mmHg</li> <li>Nadi : 75 x/menit</li> <li>S : 36,5° C</li> <li>RR : 20 x/menit</li> <li>SpO2 : 100%</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melanjutkan intervensi no. 1, 2, 5, 6, 8, 9</li> <li>Injeksi ketorolac 2x30 mg</li> </ul>	<p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah dapat berjalan-jalan</li> <li>- Drain vacuum sudah di lepas</li> <li>- TD : 120/78 mmHg</li> <li>Nadi : 82 x/menit</li> <li>S : 36,5° C</li> <li>RR : 20 x/menit</li> <li>SpO2 : 100%</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>
--	--	---	---

Nama Pasien : Nn. E

Umur : 20

Tabel Evaluasi Keperawatan Nausea

**Tabel 4. 8. Evaluasi Keperawatan Nausea**

No. Dx	Hari ke-1		Hari ke-2	
	27-08-2024/07.00 WIB		27-08-2024/16.00 27-08-2024/20.30	
D.0076	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual datang hilang timbul (sekali dua kali)</li> <li>- Pasien mengatakan muntah 1 kali</li> <li>- Pasien mengatakan masih belum bisa menghabiskan 1 porsi makannya</li> <li>- Pasien mengatakan sebelum puasa pasien hanya bisa menghabiskan 3 sendok makan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibir pasien masih terlihat kering dan pucat</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nausea teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan intervensi no. 2,3, 5,6, 8, 10</li> </ul>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasakan mual saat sesudah makan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi : Mual setiap selesai makan</li> <li>- Durasi : jarang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibir pasien masih terlihat kering dan pucat</li> <li>- Pasien dapat menghabiskan 3 sendok makan bubur</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nausea teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lakukan intervensi no. 2,3, 5,6, 8, 10</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasakan mual saat sesudah makan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi : Mual setiap selesai makan</li> <li>- Durasi : jarang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibir pasien masih terlihat kering dan pucat</li> <li>- Pasien dapat menghabiskan 5 sendok makan bubur (separuh porsi makan)</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nausea teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lakukan intervensi no. 2,3, 5,6, 8, 10</p>	

Hari ke-3		
No. Dx	28-08-2024/07.00 WIB	28-08-2024/14.00
D.0076	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa mual sudah jarang dirasakan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibir pasien masih terlihat kering dan pucat</li> <li>- Pasien dapat menghabiskan 1 porsi makan bubur</li> <li>-</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nausea teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan intervensi no. 2,3, 5,6, 8, 10</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak merasakan mual</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat menghabiskan 1 porsi makan bubur</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan nausea teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

Nama : Nn. E

Usia : 20 Tahun

Tabel Evaluasi Diagnosa Keperawatan Ansietas

**Tabel 4. 9. Evaluasi Diagnosa Keperawatan Ansietas**

Hari ke-1	
No. Dx	27-08-2024/07.00 WIB
D.0080	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah paham dengan prosedur operasi dan tidak khawatir lagi</li> <li>- Pasien sudah siap untuk menjalankan operasi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak terlihat tenang dan tidak cemas</li> <li>- TD : 102/60 mmHg</li> <li>N : 79 x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan ansietas teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

Nama : Nn. E

Usia : 20 Tahun

Tabel Evaluasi Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur

**Tabel 4. 10. Evaluasi Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur**

No. Dx	Hari ke-1		Hari ke-2	
	27-08-2024/07.00 WIB	27-08-2024/18.25	27-08-2024/20.30	
D.0055	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit untuk mengawali tidur karena nyeri pada perutnya</li> <li>- Pasien mengatakan sering terbangun ketika ada suara obrolan orang-orang di sekelilingnya</li> <li>- Pasien mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemas dan lesu</li> <li>- Pasien tidur 4 jam dengan sering terbangun</li> <li>- TD : 102/60 mmHg</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dukungan tidur dilanjutkan nomor 1, 3, 4, 6, 7, 8</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sulit untuk mengawali tidur karena luka di perutnya masih terasa nyut-nyutan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemas dan lesu</li> <li>- Pasien belum tidur sejak pagi</li> <li>- TD : 115/80 mmHg</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dukungan tidur dilanjutkan nomor 1, 2, 5, 7, 16</p>	-	

Hari ke-3		
No. Dx	28-08-2024/07.00 WIB	28-08-2024/14.00
D.0055	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan semalam dapat tidur dengan nyenyak meskipun susah untuk mengawalinya</li> <li>- Pasien mengatakan semalam tidur selama 7 jam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat bugar</li> <li>- Jam tidur pasien sudah tercukupi</li> <li>- TD : 117/78 mmHg</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dukungan tidur dilanjutkan nomor 1, 2, 5, 7, 16</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan Nn. E sudah dapat tidur dengan nyenyak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tidur dengan nyenyak</li> <li>- Posisi tidur pasien terlihat nyaman</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P : Intervensi dukungan tidur dihentikan</p>

Nama : Nn. E

Usia : 20 Tahun

Tabel Evaluasi Diagnosa Keperawatan Hipotermi

**Tabel 4. 11. Evaluasi Diagnosa Keperawatan Hipotermi**

Hari ke- 2		
No. Dx	27-08-2024/10.45 WIB	27-08-2024/12.30
D.0131	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien Nampak menggigil</li> <li>- Suhu tubuh 35,3 C</li> </ul> <p>A : Muncul masalah baru selama intra operasi yaitu Hipotermi b.d terpapar suhu lingkungan rendah d.d tubuh menggigil, suhu tubuh 35,3 C</p> <p>P : Lihat seluruh intervensi keperawatan untuk hipotermi di table perencanaan</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah tidak merasa kedinginan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sudah tidak menggigil</li> <li>- Suhu tubuh 36,5 C</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan hipotermi teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi keperawatan (Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap)</p>

Nama : Nn. E

Usia : 20 Tahun

Tabel Evaluasi Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilisasi Fisik

**Tabel 4. 12. Evaluasi Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilisasi Fisik**

No. Dx	Hari ke-2		Hari ke-3
	27-08-2024/15.00 WIB	27-08-2024/20.30	28-08-2024/07.30
D.0054	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena area perut terasa sangat kaku setelah operasi</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri saat bergerak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki menurun 5 5   ----- 4 4  </li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Pasien terlihat cemas dan enggan untuk bergerak</li> <li>- Fisik terlihat lemah</li> </ul> <p>A : Muncul masalah baru setelah post operasi yakni gangguan mobilitas dini b.d nyeri post op d.d nyeri saat bergerak,</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sulit untuk menekukkan kakinya karena perut masih terasa sangat kaku dan nyeri</li> <li>- Pasien masih merasa nyeri saat bergerak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki menurun 5 5   ----- 4 4  </li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Pasien terlihat cemas dan enggan untuk bergerak</li> <li>- Fisik terlihat lemah</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan luka bekas operasi masih terasa sangat kaku sehingga saat bergerak terasa sakit</li> <li>- Pasien masih merasakan nyeri saat bergerak, tetapi sudah dapat melakukan gerakan miring kanan dan kiri sesuai yang dianjurkan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki menurun 5 5   ----- 4 4  </li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Pasien bersedia untuk melakukan mobilitas sederhana dengan perlahan</li> <li>- Fisik terlihat lemah</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p>

	kekuatan otot menurun  P : - Lihat intervensi dukungan mobilitas no.1, 2, 3, 5, 6, 8	- Melanjutkan intervensi dukungan mobilisasi no. 1, 2, 3, 5, 6, 8	P : - Melanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 5, 6, 8
	Hari ke-3		Hari ke-4
No. Dx	28-08-2024/14.00	29-08-2024/07.30	29-08-2024/14.00
D.0054	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan perutnya masih terasa kaku dan nyeri saat digunakan bergerak</li> <li>- Pasien mengatakan sudah dapat melakukan gerak untuk duduk dengan perlahan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki menurun 5 5   —+— 4 4  </li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Pasien bersedia untuk melakukan mobilitas sederhana dengan perlahan</li> <li>- Fisik terlihat lemah</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan luka bekas operasi terasa masih kaku dan sedikit nyeri</li> <li>- Pasien mengatakan sudah dapat melakukan duduk secara mandiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki menurun 5 5   —+— 4 4  </li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Pasien bersedia untuk melakukan mobilitas sederhana dengan perlahan</li> <li>- Fisik terlihat lemah</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melanjutkan intervensi</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa kaku pada bekas luka bekas operasi berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan dapat berpindah dari tempat tidur ke kursi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki meningkat 5 5   —+— 5 5  </li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Pasien bersedia untuk melakukan mobilitas sederhana dengan perlahan</li> <li>- Fisik terlihat lemah</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas</p>

	<p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lihat intervensi dukungan mobilitas no.1, 2, 3, 5, 6, 8</li> </ul>	<p>dukungan mobilitasi no. 1, 2, 3, 5, 6, 8</p>	<p>fisik teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 5, 6, 8</li> </ul>
--	--	---	---

Hari ke-5										
No. Dx	30-08-2024/07.00	30-08-2024/14.00								
D.0054	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan luka bekas operasi sudah tidak terlalu nyeri</li> <li>- Pasien mengatakan sudah dapat berpindah dari kasur ke kursi secara perlahan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki meningkat</li> </ul> <table border="1" data-bbox="555 1249 667 1370"> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien bersedia untuk melakukan mobilitas sederhana dengan perlahan</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lihat intervensi dukungan mobilitas no.1, 2, 3, 5, 6, 8</li> </ul>	5	5	5	5	<p>S :</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan luka bekas operasi sudah tidak terlalu nyeri</li> <li>- Pasien mengatakan sudah dapat berjalan-jalan di luar ruangan dengan bantuan keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki meningkat</li> </ul> <table border="1" data-bbox="976 1249 1088 1370"> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisik pasien terlihat sudah bugar</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : intervensi dukungan mobilitas dihentikan</p>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									

#### 4.5.2 Evaluasi Sumatif

Setelah dilakukan keperawatan selama 2x24 jam, didapatkan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (penyumbatan lumen appendiks) teratasi pada tanggal 27-08-2024 dan muncul diagnose nyeri akut b.d agen pencedera fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat nyeri menurun menjadi 1. Data-data dan kondisi pasien sudah membaik sehingga pada diagnose nyeri akut b.d agen pencedera fisik teratasi. Pasien diperbolehkan pulang pada tanggal 30 -08-2024 pukul 19.00 dan pasien mendapatkan edukasi untuk control rawat jalan pada tanggal 07-09-2024 di poli bedah RST Dr. Soepraoen Malang.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, didapatkan nausea menurun, pasien mengatakan tidak treasa mual dan muntah, pasien dapat menghabiskan porsi makannya sehingga pada diagnose nausea teratasi pada tanggal 28-08-2024. Pasien diperbolehkan pulang pada tanggal 30-08-2024 pukul 19.00 dan pasien mendapatkan edukasi untuk makan makanan halus dan tidak makan makanan yang pedas terlebih dahulu.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, didapatkan tingkat ansietas menurun, pasien mengatakan paham dengan tindakan operasi yang akan dilakukan esok hari pada tanggal 27-08-2024. Pasien mengatakan sudah siap untuk melakukan operasi, perilaku gelisah dan kebingungan pada pasien sudah tidak tampak sehingga pada diagnose ansietas teratasi pada tanggal 27-08-2024.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam didapatkan pola tidur membaik, Pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan nyenyak, jam tidur pasien sudah tercukupi, pasien tampak tidur dengan nyenyak dan posisi tidur terlihat nyaman sehingga pada diagnose gangguan pola tidur teratasi pada tanggal 28-08-2024.

Tanggal 27-08-2024 pukul 10.45 pasien dilakukan operasi appendiktomy dan muncul diagnose hipertermi b.d terpapar suhu lingkungan rendah. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam didapatkan tingkat termoregulasi membaik. Pasien mengatakan sudah tidak menggigil dan suhu tubuh menjadi  $36,5^{\circ}$  C, sehingga pada diagnose hipotermia teratasi pada tanggal 27-08-2024 dan pasien dipindahkan dari ruang recovery room ke ruang rawat inap.

Tanggal 27-08-2024 pukul 15.00 setelah post operasi didapatkan diagnose gangguan mobilitas fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam tingkat mobilitas fisik meningkat. Pasien mengatakan kekuatan otot meningkat, pergerakan tubuh meningkat, pasien mengatakan dapat berjalan dan tidak cemas untuk melakukan pergerakan sehingga pada diagnose gangguan mobilisasi fisik teratasi pada tanggal 30-08-2024. Pasien mendapatkan edukasi agar sering untuk melakukan jalan-jalan ringan saat pasien sudah pulang.