

# LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

# **FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : Abdul Rahman Zaki  
 Tempat Praktik : Angrex  
 Tanggal : .....

## **I. Identitas**

### **A. Identitas Klien :**

1. Nama T.N. S ..... L/P
2. Tempat/tanggal lahir : Kebumen 19.10.1976 .....
3. Golongan darah : A/O/B/AB .....
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3 .....
5. Agama : Islam Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu .....
6. Suku : Jawa .....
7. Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai : hidup/mati) .....
8. Pekerjaan : petani .....
9. Alamat : Remoreu .....
10. Diagnosa medik : APP .....

### **B. Identitas Penanggung Jawab :**

1. Nama : Ny. S .....
2. Umur : 45 .....
3. Jenis kelamin : Perempuan .....
4. Agama : Islam .....
5. Suku : Jawa .....
6. Hubungan dengan klien : Istri .....
7. Pendidikan terakhir : SMA .....
8. Alamat : Bonorejo Kebumen .....

## **II. Status Kesehatan**

### **A. Status kesehatan saat ini**

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :  
Nyeri perut bagian bawah menyakitkan .....
2. Faktor pencetus :  
luka melalukan kegiatan .....
3. Lamanya keluhan : 10 menit .....
4. Timbulnya keluhan : ( ☒ ) bertahap ( ) mendadak .....
5. Faktor yang memperberat : luka melalukan kegiatan .....

### **B. Status kesehatan masa lalu :**

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

2. Kecelakaan : klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

**C. Pernah dirawat :**

1. Penyakit : tidak pernah  
2. Waktu : tidak pernah  
3. Riwayat operasi : tidak pernah

**III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik**

**A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan**

1. Persepsi tentang kesehatan diri  
Klien mengatakan tidak mengerti tentang kesehatan
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya  
Klien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit yang dideritanya
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
  - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?  
Klien mengatakan tidak diet
  - 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi  
Klien mengatakan mengikuti kebersihan
  - 3). Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
    - a). Yang dilakukan bila sakit  
Meminum obat dan pergi ke klinik
    - b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit  
Pergi ke RS / Puskesmas
    - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)  
Merokok : ..... pak/hari, lama : ..... tahun  
Alkohol : ..... , lama ..... Tahun  
Kebiasaan olah raga, jenis : ..... , frekuensi : .....

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	Tidak ada		

**d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan**

- 1). Penghasilan tidak terbayar
- 2). Asuransi/jaminan kesehatan BERS
- 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal klien mengatakan lingkungan bersih



4). Penggunaan laksatif : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....

5). Waktu BAB terakhir : Pagi hari .....

6). Riwayat perdarahan : tidak ada .....

Hemorrhoid : tidak ada .....

7). Riwayat inkontinensia alvi : tidak ada .....

8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : tidak ada .....

9). Riwayat penggunaan diuretik : tidak ada .....

10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : tidak ada .....

11). Kesulitan BAK : tidak ada .....

b. Tanda obyektif :

1). Abdomen :

a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan tidak ada .....

b). Auskultasi : bising usus ..... Bunyi abnormal : (✓) tidak ada  
( ) ada, jelaskan .....

c). Perkusi

Bunyi timpani (✓) tidak ada ( ) ada

Kembung (✓) tidak ada ( ) ada

Bunyi abnormal (✓) tidak ada ( ) ada

Jelaskan.....

d). Palpasi :

Nyeri tekan : Ada .....

Nyeri lepas : tidak ada .....

Konsistensi : lunak / keras : .....

Massa : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan.....

Pola BAB : konsistensi lunak warna.....

Abnormal : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan.....

Pola BAK : dorongan tidak ada Frekuensi tidak menentu

Retensi tidak ada .....

Distensi kandung kemih : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....

e). Karakteristik urin : warna kuning cerah .....

Jumlah 1-2 liter Bau busuk .....

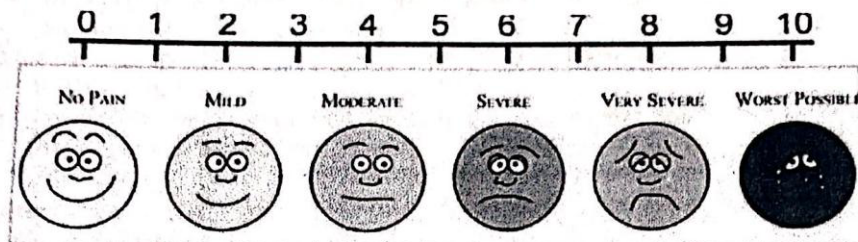
f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan .....

tidak terpasang kolostomi .....



## 8. Neurosensori dan kognitif

## a. Gejala subyektif:



## 1). Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri).....

...klien merasa nyeri dari 0-10

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan) ... Nyeri seperti di tusuk

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya) .....

...Nyeri di bagian perut

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10) ..Skala nyeri 5

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) .....

...Nyeri hilang timbul 1-3 menit

## 2). Rasa ingin pingsan/pusing : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....

3). Sakit kepala : lokasi nyeri, tidak ada  
Frekuensi : .....

## 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi .....

5). Kejang : (✓) tidak ada ( ) ada  
Jelaskan .....

Cara mengatasi : .....

6). Mata : penurunan penglihatan (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan .....7). Pendengaran : penurunan pendengaran (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan .....8). Epistaksis : (✓) tidak ada ( ) ada  
Jelaskan .....

## b. Tanda obyektif:

## 1). Status mental :

Kesadaran : (✓) komposmentis ( ) apatis ( ) somnolen ( ) sopor ( ) koma

## 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) ... 4

Respon motorik (M) ... 5 respon verbal (V) ... 5

## 3). Terorientasi/disorientasi : waktu 1. waktu

Tempat ... rumah sakit Orang ... keluarga

## 4). Persepsi sensori : ilusi ... tidak ada halusinasi ... tidak ada

Delusi ... tidak ada Afek ... tidak ada Jelaskan .....

## 5). Memori :

Saat ini klien masih ingat seluruh anggota keluarga

- Masa lalu .....
- 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan.....
- 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki *tidak terfungs*.....  
Ukuran pupil *tidak terfungs*.....
- 8). Fascial drop *-*..... Postur *Suka*.....  
Reflek *tidak ada*.....
- 9). Penampilan umum tampak kesakitan : (✓) tidak ada ( ) ada  
Respon emosional *Suka*..... penyempitan fokus *tidak ada*.....

## 9. Keamanan

### a. Gejala subyektif:

- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :  
Obat-obatan : *tidak ada*.....  
Makanan : *tidak ada*.....
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 3). Riwayat tranfusi darah *tidak ada*.....  
Riwayat adanya reaksi tranfusi *tidak ada*.....
- 4). Riwayat cedera : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan .....
- 5). Riwayat kejang : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan .....

### b. Tanda Obyektif:

- 1). Suhu tubuh *37*..... °C Diaforesis .....
- 2). Integritas jaringan *tidak ada*.....
- 3). Jaringan parut : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 4). Kemerahan/pucat : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 5). Adanya luka : luas *tidak ada*..... kedalaman.....  
Drainase purulen *ada*.....  
Peningkatan nyeri pada luka *ada*.....
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain *tidak ada*.....
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan ...
- 8). Gangguan keseimbangan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 9). Kekuatan umum *kuat*..... tonus otot *kuat*.....  
Parese/paralisa *tidak ada*.....

## 10. Seksual dan reproduksi

### a. Gejala subyektif:

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual *klien mengetahui fungsi seks*.....
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)  
*tidak ada*.....



- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, jelaskan  
.....
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis .. tidak teraba ..  
Gangguan prostat .. tidak ada ..
- 5). Pengkajian pada perempuan
  - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)  
.....
  - b). Riwayat kehamilan  
.....
  - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)  
.....
- 6). Tanda obyektif :
  - 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis .. tidak teraba ..
  - 2). Kutil genital, lesi .. tidak teraba ..

### Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

- a. Gejala subyektif :
  - 1). Faktor stress .. tidak ada ..
  - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu).....  
.. Berdiskusikan dengan istri ..
  - 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)  
.. Berbicara dan menenangkan masalah ..
  - 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang  
.. Klien beres untuk kesembuhannya ..
  - 5). Perasaan cemas/takut : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, jelaskan  
.....
  - 6). Perasaan ketidakberdayaan : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, jelaskan  
.....
  - 7). Perasaan keputusasaan : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, jelaskan  
.....
  - 8). Konsep diri :
    - a). Citra diri : .. Klien mengetahui bahwa tubuh yang di sukai ..
    - b). Ideal diri : .. Klien menginginkan agar cepat sembuh ..
    - c). Harga diri : .. Klien tidak pernah merasa harga dirinya rendah ..
    - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : .. tidak ada ..
    - e). Konflik dalam peran : .. tidak ada konflik ..
- b. Tanda obyektif :



- 1). Status emosional : (✓) tenang, ( ) gelisah, ( ) marah, ( ) takut, ( ) mudah tersinggung .....
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah *Bek* .....

## 12. Interaksi sosial

- a. Gejala subyektif:
  - 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh  
*Istri dan keluarga* .....
  - 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah  
*Istri* .....
  - 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan .....
  - 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan .....
- b. Tanda obyektif:
  - 1). Kemampuan berbicara : (✓) jelas ( ) tidak jelas  
Tidak dapat dimengerti *Tidak ada* Afasia .....
  - 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan  
*Tidak ada* .....
  - 3). Penggunaan alat bantu bicara  
*Tidak ada* .....
  - 4). Adanya trakeostomi  
*Tidak ada* .....
  - 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain  
*Tidak ada* .....
  - 6). Perilaku menarik diri : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Sebutkan .....

## Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- Gejala subyektif:
  - 1). Sumber kekuatan bagi klien : *Tuhan dan Istri* .....
  - 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan .....
  - 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : *Berdoa* .....
  - ..... frekuensi *Setiap waktu* .....
  - 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat *Tidak ada* .....
  - 5). Pemecahan oleh klien *diskusi dengan keluarga* .....
  - 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
  - 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :  
(✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....



# KLISA DATA

Tanggal & Jam	Data Fokus	ETIOLOGI	PROBLEM
28/10/2024 07.00	DS: Pasien mengeluh Nyeri Pasca operasi dengan kriteria hasil: P: Nyeri luka operasi P: Nyeri seperti di sayat sayat R: Nyeri berada di luka operasi Perut S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul DO: - Pasien tampak kesakitan - Pasien tampak Gelisah Hasil - Pemeriksaan f/v TP: 161/91 RR: 20% N: 30x	Agen Pencidera Fisik	Nyeri Akut (N.0077)
2 28/10/2024 07.00	DS: Pasien mengatakan luka post OP di Perut DO: Luka tampak kemerahan S: 37.5	Efek prosedur Invasif	Risiko Infeksi (N.0111)
3 28/10/2024 09.00	DS: - Pasien mengeluh nyeri saat bergerak DO: - Fisik Pasien Lemah - Pasien tampak Comas saat bergerak	Efek agen Farmakologi	Gangguan Mobilitas Fisik (N.0059)

## Prioritas Diagnosis

1. Nyeri Akut b.d Agen pencidera Fisik
2. Risiko Infeksi b.d. Efek Prosedur Invasif
3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Efek agen Farmakologi

tanggal & jam	Dx kep	SLKI	SIKI
28/10/24 14.00	Nyeri Akut (0007)	Tingkat Nyeri (L.0866) Ekspektasi: menurun Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dgn kriteria hasil 1. keluhan Nyeri Cuiw menurun (4) 2. menngs menurun (5) 3. gelisah menurun (5) 4. Sikap Protektif Menurun (5)	Managemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakter durasi kualitas intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi Raspa-Nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologi Manajemen nyeri 2. kntro frekuensi Edukasi 1. Jelaskan Risiko dan Pengobatan Nyeri 2. Jelaskan Strategi meredakan nyeri Evaluasi 1. kelaikan pemberian analgesik Dukungn Metabolisasi (1.05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya Nyeri keluhan Fisik lainse 2. Monitor tTV sebelum mobilitas 3. Monitor KU Terapeutik 1. Fasilitas melakukan Gerakan 2. libatkan keluarga membantu Pasien Edukasi 1. Jelaskan Prosedur dan tujuan mobilitas 2. Anjurkan Mobilisasi Dini 3. Berikan Metabolisasi sedukane
2 28/10/24 14.00	Gangguan mobilita Fisik	mobilitas Fisik (L.05042) Ekspektasi: Meningkat Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil 1. Nyeri Cuiw Menurun (4) 2. kelamahan Fisik Menurun (5) 3. kecaprasan Menurun (5)	Dukungn Metabolisasi (1.05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya Nyeri keluhan Fisik lainse 2. Monitor tTV sebelum mobilitas 3. Monitor KU Terapeutik 1. Fasilitas melakukan Gerakan 2. libatkan keluarga membantu Pasien Edukasi 1. Jelaskan Prosedur dan tujuan mobilitas 2. Anjurkan Mobilisasi Dini 3. Berikan Metabolisasi sedukane



28/10/24	Risiko Infeksi	Tingkat Infeksi (LM37)	Pemeriksaan Luka (1.1456A)
Pukul 14.00	(17.0192)	Ekspektasi: menurun	observasi
		Setelah di lakukan tindakan keperawatan	- Monitor perkembangan luka
		Selama 2x24 jam diharapkan tingkat	- Monitor tanda infeksi
		infeksi menurun dengan kriteria hasil	Terapeutik
		1. kemerahan menurun(s)	- Lepas balutan dan plester parutan
		2. Nyeri sesuai menurun(s)	- Bersihkan Cairan Nyeri
			- Bersih balutan sesuai luka
			Edukasi
			1. Jelaskan dan tanda infeksi
			kolaborasi
			2. Pemberian antibiotik
			luka Perdu

### IMPLEMENTASI

NO	Tanggal dan Waktu	IMPLEMENTASI	Evaluasi TINDAKAN	Revisi
1	Senin 28/10/24 Pukul 14.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi lesi kemerahan dan kemerahan</li> <li>- Mengidentifikasi Skala nyeri</li> <li>- mengontrol suhu ruangan</li> </ul>	S: Pasien mengatakan Nyeri P: Nyeri bilah post operasi Q: Nyeri seperti di sayat-sayat R: Nyeri berada di perut S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang fungsi O: Pasien terlihat gelisah - Hasil HVR TD = 161/91 mmHg N: 90x/menit	Q
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan bentuk nonfarmakologi untuk mengurangi Nyeri</li> <li>- memberikan analgetik ketorolol</li> </ul>	S: Pasien mengatakan sedikit lebih baik O: Pasien mampu melakukan self di lakukan insang.	Q
2	Senin 28/10/24 Pukul 14.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi adanya nyeri kelainan</li> <li>Funksi lainnya - Mobilisasi keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</li> </ul>	S: Pasien mengatakan nyeri di area luka op O: Pasien Cemas saat mencoba bergerak	Q



3	Senin 25/10/24 Pukul 15.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- menentukan karakteristik luka</li> <li>- Menyelaskan tanda gejala Cefek</li> </ul>	<p>S: Pasien memahami tanda gejala getah di jelaskan</p> <p>O: - Pasien mengatakan masih mengalami nyeri di area luka</p> <p>O: - Luka Pasien merupakan luka bersih yang berupa selutur bekas operasi</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membenarkan antibiotik dengan obat Injeksi Ceftriaxone</li> </ul>	<p>S: Pasien mengeluh sedikit nyeri saat di Injeksi</p> <p>O: Pasien terlihat menangis</p>	
1	Selasa 26/10/24 Pukul 19.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi Pasien nyeri non Fertile</li> <li>- Memfasilitasi Uterus</li> <li>- Mengukur frekuensi Skala nyeri</li> <li>- melakukan pemeriksaan tTV</li> </ul>	<p>S: -</p> <p>O: Pasien masih nampak menangis saat hendak mengubuh pasiv</p> <p>S: Pasien mengatakan setelah diberikan obat di hari sebelumnya dan melakukan teknik napas dalam Skala nyeri menjadi</p> <p>O: Pasien tidak lagi nampak menangis gelisah</p> <p>- tTV: TD: 130/70 S: 36.0            RR: 75x/menit RA: 98%            SpO2: 98%</p>	
2	Selasa 29/10/24 Pukul 19.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengasurken melakukan mobilisasi dini</li> <li>- mengasurken mobilisasi sedotensi bangun dari bed</li> </ul>	<p>S: Pasien mengatakan Saat mencoba mobilisasi</p> <p>O: - KU Pasien Cukup</p> <p>- Klen tampak bisa berpindah dengan di bantu</p>	
3	Selasa 29/10/24 Pukul 15.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melapaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>- Mensterilkan dengan NaCl</li> <li>- Memasang balutan Steril jenis lain</li> <li>- mempertahankan teknik Steril</li> </ul>	<p>S: Pasien mengeluh nyeri saat di ganti balut</p> <p>O: Luka bekas operasi Pasien tampak bersih tidak ada kemerahan dan pus di area bekas luka</p>	



Hari & tanggal	Dx keperawatan	SUAP	Perawat
2 Senin 28/10/24 14.00	Nyeri Akut (N.0077) b.d. Agen Pencedera Fisik	<p>S: Pasien mengatakan, setelah Nyeri 5 Saat Setelah Lebih baik setelah melakukan relaksasi napas dalam</p> <p>O: Pasien tampak sedikit tidak gelisah</p> <p>A: Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>R: - Gelisah menurun - TTV: TD: 111/91 RR: 26 SPO<sub>2</sub>: 98% N: 90x/menit S: 37.5</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi - memberikan obat Nyeri</p>	f
2 Senin 28/10/24 19.00	Gangguan mobilitas Fisik (N.0054)	<p>S: Pasien mengalami Nyeri di bagian perut Luka OP</p> <p>O: Pasien Cemas Saat mencoba bergerak</p> <p>A: Gangguan mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi - melakukan mobilisasi Dini</p>	f
3 Senin 29/10/24 14.00	Risiko Infeksi (N.0142)	<p>S: - Pasien mengatakan terdapat dengan gejala Infeksi</p> <p>- Pasien mengatakan masih Nyeri</p> <p>O: Luka Pasien merupakan Luka bersih yang berapik jahitan operasi</p> <p>- tidak adanya perdarahan</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi - mengontrol luka - mengganti balut jika ada</p>	f
4 Selasa 29/10/24 16.00	Nyeri Akut (N.0077)	<p>S: Pasien mengatakan Setelah diberikan obat di hari sebelumnya dan menerapkan napas dalam Nyeri mereda.</p> <p>O: Pasien tidak nampak menangis</p> <p>TD: 120/90 S: 36.8°C SPO<sub>2</sub>: 98% N: 70x/menit RR: 20</p> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan Nyeri Catur menurun (4)</li> <li>2. meringis menurun (5)</li> <li>3. Gelisah menurun (5)</li> <li>4. Sikap protektif menurun (5)</li> </ol> <p>P: hentikan intervensi</p>	f



	Date 19/10/24 16-10	Gangguan mobilitas Fistik (D. 6051)	S. Pasien siap mencoba mobilisasi D. Keadaan pasien tampak cukup • Pasien tampak bisa berpindah tempat dengan dibantu A. Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian 1. Nyeri cukup menurun (4) 2. Kelelahan fisik menurun 3. Keemasan menurun (5) D. Hentikan intervensi	
6	Tanggal 23/10/24 16-10	Risiko infeksi (D. 0192)	S. Pasien mengeluhkan nyeri saat ganti Balun D. Luka bekas OP. tampak bersih tidak ada kemerahan, pendarahan dan pus di area jahitan A. Risiko infeksi teratasi sebagian 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri cukup menurun D. Hentikan intervensi	

## Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur

**TEKNIK RELAKSASI BENSON PADA PASIEN *POST* OPERASI  
APPENDIKTOMI**

	<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI BENSON</b>
Pengertian	Relaksasi Benson menggunakan teknik pernapasan dan menambahkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata sesuai dengan yang dianut oleh pasien. Kelebihan dari teknik relaksasi Benson tidak menimbulkan efek samping bagi pasien dan mudah untuk dilakukan
Tujuan	Menurunkan atau mengurangi nyeri, mengendalikan ketegangan otot, dan juga mengendalikan pernapasan
Waktu	Selama 10 – 15 menit, 1-2 x sehari atau jika nyeri muncul
Persiapan Klien dan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tingkat nyeri klien</li> <li>2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien</li> <li>3. Berikan penjelasan tentang terapi Benson</li> <li>4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini</li> <li>5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien</li> </ol>
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jam Tangan</li> <li>5. Catatan perkembangan pasien</li> <li>6. Buku kecil dan Alat tulis</li> </ol>
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li> </ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diatur dalam posisi senyaman mungkin, baik dengan cara duduk atau berbaring agar tidak mengganggu pikiran pasien.</li> <li>2. Pasien dibimbing agar memejamkan mata dengan rileks dan tidak mengerahkan tenaga yang dapat mengganggu pikiran.</li> <li>3. Pasien dibimbing agar mampu melemaskan otot-otot</li> </ol>

	<p>tubuh sampai keadaannya rileks.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pasien dilanjutkan untuk melemaskan kepala, leher dan pundaknya.</li> <li>5. Posisi lengan dan tangan pada keadaan rileks dan senyaman mungkin serta pasien dianjurkan untuk tidak memegang lutut, kaki atau mengaitkan kedua tangan dengan erat.</li> <li>6. Pasien ditawarkan untuk memilih kata yang akan diucapkan sesuai dengan keyakinannya.</li> <li>7. Menganjurkan pasien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut, tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga.</li> <li>8. Setelah hitungan ketiga keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil mengucapkan istighfar dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan napas tersebut.</li> <li>9. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan sifat pasif. Sifat pasif merupakan aspek penting dalam membangkitkan respon relaksasi, anjurkan pasien untuk tetap berpikir tenang.</li> </ol>
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi skala nyeri setelah intervensi</li> <li>2. Ucapkan salam</li> </ol>
Dokumentasi	Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien



Lampiran 3 Instrumen *Numeric Pain Rating Scale* (NRS)

**Lembar Kuesioner Nyeri**

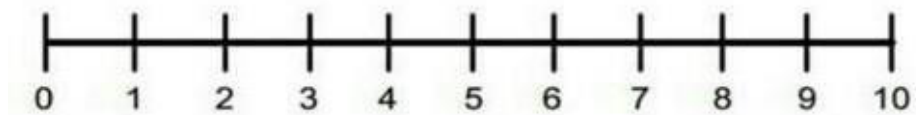
*Numeric Rating Scale*

Petunjuk :

Pada skala ini diisi oleh peneliti setelah responden menunjukkan angka berapa nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri *Numeric Rating Scale* (0- 10) yaitu:

1. 0 : Tidak nyeri
2. 1-3 : Nyeri ringan
2. 4-6 : Nyeri sedang
3. 7-10 : Nyeri berat

Tanyakan kepada responden pada angka berapa nyeri yang dirasakannya dengan menunjukkan posisi garis yang sesuai untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan oleh responden sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan membuat tanda (X) pada skala yang telah disediakan.



Lampiran 4 *Informed consent***INFORMED CONSENT**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Abdul Rahman Zaki

NIM : 41111241051

Setelah mendapat penjelasan, saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi responden dengan menjawab pertanyaan jujur, terhadap penelitian kian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien *Post Operasi Appendiktomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Dan Penerapan Teknik Relaksasi Benson Di Rumah Sakit Umum Daerah Prembun”.

Jawaban yang saya berikan hanya untuk keperluan penelitian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat.

Cilacap, 2025

Responden



## Lampiran 5 Lembar konsultasi/bimbingan