

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

**FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : Abdul Rohman Zaki
 Tempat Praktik : Anggrek
 Tanggal :

I. Identitas**A. Identitas Klien :**

- | | | |
|-------------------------|---|-----|
| 1. Nama | <u>T.N.S</u> | L/P |
| 2. Tempat/tanggal lahir | : <u>Kelbum, 19/06/1976</u> | |
| 3. Golongan darah | : <u>A/O/B/AB</u> | |
| 4. Pendidikan terakhir | : <u>SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3</u> | |
| 5. Agama | : <u>Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu</u> | |
| 6. Suku | : <u>Jawa</u> | |
| 7. Status perkawinan | : <u>kawin/belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)</u> | |
| 8. Pekerjaan | : <u>Tukang</u> | |
| 9. Alamat | : <u>Senorow</u> | |
| 10. Diagnosa medik | : <u>APP</u> | |

B. Identitas Penanggung Jawab :

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|--|
| 1. Nama | : <u>Ny. S.</u> | |
| 2. Umur | : <u>45</u> | |
| 3. Jenis kelamin | : <u>Perempuan</u> | |
| 4. Agama | : <u>Islam</u> | |
| 5. Suku | : <u>Jawa</u> | |
| 6. Hubungan dengan klien | : <u>Istri</u> | |
| 7. Pendidikan terakhir | : <u>SMA</u> | |
| 8. Alamat | : <u>Bonarwo Kelbum</u> | |

II. Status Kesehatan**A. Status kesehatan saat ini**

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :

Myeri perut terasa sekit menyerak

2. Faktor pencetus :

laktasi melolakan kregutan

3. Lamanya keluhan 10 minggu

4. Timbulnya keluhan : () bertahap () mendadak

5. Faktor yang memperberat : laktasi melolakan kregutan

B. Status kesehatan masa lalu :

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

- Klien mengelakkan tidak ada.*
2. Kecelakaan : *Klien mengelakkan 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 mengelakkan pasti tentang dirinya sendiri
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Klien mengelakkan tentang penyakit yang dia dikenali
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
Klien mengelakkan tidak diet
 - b. Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Klien mengelakkan mengelakkan kebersihan
 - c. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - a). Yang dilakukan bila sakit
meminum obat dan bersiaga ke klinik
 - b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit
Rumah sakit RS / Rumah Sakit
 - 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
	<i>Tidak ada</i>		

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
 - 1). Penghasilan *Tidak terkongsi*
 - 2). Asuransi/jaminan kesehatan *BEPJS*
 - 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal *Klien mengelakkan lingkungan yang bersifat*

- 4). Penggunaan laksatif : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 5). Waktu BAB terakhir : ... Regi Mer
- 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 : ... tidak ada
- Nyeri lepas : ... tidak ada
- Konsistensi : ... kental/keras
- Massa : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- Pola BAB : konsistensi ... lunak warna
Abnormal : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

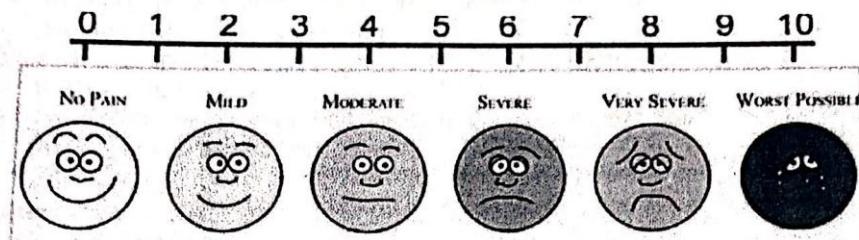
- Pola BAK : dorongan ... tidak ada
- Frekuensi ... Tidak menonjot
- Retensi ... tidak ada
- Distensi kandung kemih : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

- e). Karakteristik urin : ... berwarna kuning cerah
- Jumlah ... 1600 cc Bau ... biasa

- f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan
- ... kuncir/tidak terperanggung ... kolostomi

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subjektif:



- 1). Adanya nyeri

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

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

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

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

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

.....

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

- 3). Sakit kepala : lokasi nyeri ,
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

- 9). Tanda obyektif :

- 1). Status mental :
Kesadaran : () komosmentis () apatis () somnolen () sopor () koma

- 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E)
Respon motorik (M)
..... respon verbal (V)

- 3). Terorientasi/disorientasi : waktu
Tempat Orang
.....

- 4). Persepsi sensori : ilusi halusinasi
Delusi Afek Jelaskan

- 5). Memori :
Saat ini Saat itu Jelaskan

- Masa lalu
- 6). Alat bantu penglihatan/pendengan : (✓) tidak ada () ada, sebutkan.....
 - 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki ~~tidak ada~~.....
 - Ukuran pupil ~~tidak ada~~.....
 - 8). Fascial drop Postur ~~tidak ada~~.....
 - Reflek ~~tidak ada~~.....
 - 9). Penampilan umum tampak kesakitan : (✓) tidak ada () ada
 - Respon emosional ~~tidak ada~~..... 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 transfusi darah ~~tidak ada~~.....
- Riwayat adanya reaksi transfusi ~~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 ~~Ade~~.....
- Peningkatan nyeri pada luka ~~Ade~~.....
- 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 ~~kurang~~..... tonus otot ~~kurang~~.....
- Parese/paralisa ~~tidak ada~~.....

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual ~~klien mengatakan 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
Gangguan prostat
 - 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
.....
 - 2). Kutil genital, lesi
.....

Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Faktor stress
.....
 - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)
.....
 - 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)
.....
 - 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
.....
 - 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 :
.....
 - b). Ideal diri :
.....
 - c). Harga diri :
.....
 - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas :
.....
 - e). Konflik dalam peran :
.....
- b. Tanda obyektif :

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

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif :

- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh
istrinya dan keluarganya
- 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
istrinya
- 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 *Audire cde* Afasia
- 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan
tidak ada
- 3). Penggunaan alat bantu bicara
fistik ade
- 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 istrinya*
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : *Peribadinya*, frekuensi *setiap waktu*
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat *tidak ada*
- 5). Pemecahan oleh klien *diskusi dengan keluarganya*
- 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

ANALISA DATA

Lama

WATAN MEDICAL KAI

		Data Fokus	ETIOLOGI	PROBLEM
1	28/10/2029 Rp. 00	<p>Ds: Pasien mengeluh nyeri pasca operasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> P: Nyeri luka operasi Q: Nyeri seperti di sotet sayur R: Nyeri berdenyut di luka operasi perut S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang tumbuh <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tembusk laksatkan - Pasien tembusk gelisah <p>Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan fizik TP = 161/g1 RR: 20/ N = 90% 	Agen Pemicu Fisik	Nyeri Akut (N.0077)
2	28/10/2029 Rp. 00	<p>Ds: Pasien mengeluh luka post GP di perut</p> <p>DO: Luka tembusk lamongan S: 37.5</p>	Efek Prosedur Invasif	Risiko Infeksi (N.0111)
3	28/10/2029 Rp. 00	<p>Ds: - Pasien mengeluh nyeri saat bersendawa</p> <p>DO: - Efek pasien lantah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tembusk cemas saat bersendawa 	Efek agen farmakologis	Gangguan Mobilitas Fisik (N.0059)

Prioritas Diagnosis

- 1 Nyeri Akut b.d Agen Pemicu Fisik
- 2 Risiko Infeksi b.d. Efek Prosedur Invasif
- 3 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Efek agen Farmakologis

Anggaran & Jam	Dx kcp	SLKI	SIKI
28/10/24 10.00	Nyeri Akut (0.00)	Tingkat Nyeri (L.0866) Efeksi, menurun Selalu dilakukan fundasi keperawatan selama 2x20 m di harapkan tingkat nyeri menurun dgn kriteria hasil 1. ketahanan Nyeri Cukup menurun (a) 2. menurun (5) 3. gedeck menurun (5) 4. Sikap Protektif menurun (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakter dewasa / karakteristik nyeri 2. Identifikasi Stato Nyeri 3. Identifikasi Respon Nyeri Terapi 1. Berikan teknik non farmatika Menurunkan nyeri 2. Kontrol triggrer Edukasi 1. Jelaskan faktor dan penyebab nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kedokteran 1. keterbersamaan dan pengalaman Dukungan Medikasi (I.GSI73) Observasi: 1. Identifikasi adanya Nyeri lokasi dan karakter 2. monitor ttrw selama mobilitas 3. monitor kU Terapi 1. Faktor mobilitas Geprek 2. libatkan keluarga memberikan dukungan Edukasi 1. jelaskan proses dan tujuan mobilitas 2. Anggaran Mobilitas Duri 3. Ajarkan mobilitas sedikit demi sedikit
2 28/10/24 10.00	Gangguan mobilitas Fisik	mobilitas fisik (L.GS092) Efeksi: Menurun Selalu dilakukan fundasi keperawatan 2x20 jam di harapkan Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil 1. Nyeri cukup menurun(a) 2. ketahanan Fisik menurun (5) 3. kekerasan menurun (5)	Obstruksi Medikasi (I.GSI73) Observasi: 1. Identifikasi adanya Nyeri lokasi dan karakter 2. monitor ttrw selama mobilitas 3. monitor kU Terapi 1. Faktor mobilitas Geprek 2. libatkan keluarga memberikan dukungan Edukasi 1. jelaskan proses dan tujuan mobilitas 2. Anggaran Mobilitas Duri 3. Ajarkan mobilitas sedikit demi sedikit

28/10/24 Pukul 14.00	Risiko Infeksi, (7.0192)	Tingkat Infeksi (LM37) Eksponsi = minor Setelah di lokasi fundasi kerawang Salama 2x2 m diperlukan tingkat infeksi minor dengan kriteria hasil 1. hemorragia minor (S) 2. Nyeri ceder minor (S)	Persentase (LM 1.145(a)) observasi - minor kerahafistik luka - minor terdaftar infeksi Terserapik - luka belum dan plester pada - persikten ceder neck - luka belum selesai (LM) Faktor 1) lokasi dan tidak infeksi kelarutan 2) Pemberian antibiotik jika perlu

IMPLEMENTASI

No	Tanggal / Jam	IMPLEMENTASI	Evaluasi TINDAKAN	Pemer
1	Sesi 28/10/24 14.15	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi kerakter dorongan - Mengidentifikasi Sifat Nyeri - mengontrol suasana pasien 	<p>S: Pasien mengeluhkan nyeri</p> <p>P: Nyeri belakang post operasi</p> <p>Q: Nyeri seperti di saat-saat</p> <p>R: Nyeri berada di punggung</p> <p>S: Sifat Nyeri S</p> <p>T: Nyeri hilang fungsi</p> <p>U: Pasien terlihat glisik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil HTV <p>TD = 161/91 mm 2</p> <p>N: 90x/mm²</p>	/
		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Memberikan analgesik ketotolo 	<p>S: Pasien mengeluhkan sedikit rasa sakit</p> <p>Q: Rasa sakit</p> <p>U: Pasien tampak protaktik saat di lokasi tugas.</p>	Q
2	Sesi 28/10/24 Pukul 14.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri ketika - Melakukan teknik untuk memberikan pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>S: Pasien mengeluhkan nyeri di area lumbal op</p> <p>U: Pasien Cemas setelah mencoba berjalan</p>	/

3	Sabtu 25/10/24 Pukul 15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memerlukan karakteristik luka - Mengelaskan luka gelenk (Artely) <p>- Memberikan antibiotik dengan obat injeksi Co-trimoxazole</p>	<p>S: pasien mancha dan tanda gejala setelah di jolokan</p> <p>O: - luka pasien merupakan luka bersih yang bersifat akut berdasarkan operasi</p> <p>S: Pasien mengelaskan seluruh tubuhnya terasa nyeri dr arca</p> <p>O: - luka pasien merupakan luka bersih yang bersifat akut berdasarkan operasi</p>
1	Selasa 26/10/24 Pukul 19.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon nyeri non farmakologis - Mempertahankan - Mengelaskan hasil Skala Nyeri - Melakukan Pemeriksaan tTV 	<p>S: -</p> <p>O: Pasien masih rileks namun merenggang saat hendak mengelaskan posisi</p> <p>S: Pasien mengelaskan seluruh tubuhnya obat di lantai sebelumnya dan melakukannya tanpa nafas dalam Skala nyeri mengelaskan</p> <p>O: Pasien tidak lagi rileks merenggang gejala</p> <p>- tTV: TID: 130/70 S: 36,8</p> <p>A: 79 cm (maka RN: 98%)</p> <p>SPG: 98%</p>
2	Selasa 29/10/24 Pukul 19.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengamalkan metode metatarsal - Mengamalkan metatarsal sedotan bergerak dari had 	<p>S: Pasien mengelaskan Siep mencuci metatarsal</p> <p>O: - Ibu Pasien Celaap</p> <p>- Ibu sempat bisa berdiri langsung di bantu</p>
3	Selasa 29/10/24 Pukul 15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan bolutan dan plester - Secara perlahan - Memotong bolutan setiap jenis luka - Mengelaskan teknik Steril 	<p>S: Pasien mengelaskan nyeri sebelah kaki bawah</p> <p>O: luka bekas operasi Pasien tampak bersih tidak ada keratotekton dan pus di area bekas luka</p>

		Dx keperawatan	SUAP	Dosis
1	Hari II tercess			
2	Senin 28/10/21 14.00	Nyeri Akut (D.G077) b.d. Agen peredera Fisik	S. Pasien mengeluh, setelah Nyeri 5 Serta Setelah lalih baik setelah melakukan relaksasi Rasanya sakit	
			O.: Pasien mengeluh setelah tidak gelisah	
			A.: Nyeri Akut belum terobati	
			P.: -Gelisah panas -TCV, PN, 161/91 RR. 26 SPO ₂ : 98%	
			N: 90% S: 37.5	
			P.: Langkah Intervensi: - memberikan obat Nyeri	
2	Senin 28/10/21 14.00	Gangguan mobilitas Fisik (D.G059)	S. Pasien mengeluh Nyeri di bagian perut kiri GP Q.: Pasien comes saat merasa bergerak A.: Gangguan mobilitas fisik belum terobati	
			P.: Langkah Intervensi: - melakukan mobilisasi Dini	
3	Senin 29/10/21 14.00	Risiko Infeksi (D.G142)	S.: -Pasien mengeluh terdepan gigi dan luka - Pasien mengeluh masih Nyeri	
			C.: Rasa Pasien merupakan luka bersih Yang berupa jahitan Operasi - tidak adanya sumbatan	
			A.: Pasien belum terobati	
			D.: Langkah Intervensi: - Mengambil batu feses - Mengontrol luka	
4	Selasa 29/10/21 14.00	Nyeri Akut (D.G077)	S.: Pasien mengeluh Setelah dibersihkan Obat & hari Sabtu menggunakan dan mengepuk Nyeri selama Nyeri menghilang.	
			B.: Pasien tidak nafsu makan	
			T.D. 130/90 S: 36.8°C SpO ₂ : 98%	
			RR: 20/mn PR: 28	
			A.: Nyeri Akut -terobati- Sembuh	
			1. Iodium Nyeri Cidera menurun (5) 2. meningis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Sikap protektif menurun (5)	
			D.: Konseling Intervensi	

16/10	Genggum mobilites fiks (N.0654)	S: pasien sedang mencuci mobilites D: ketidak nyamanan pada celot - pasien merasa tidak nyaman pada tempat yang dibentur A: Genggum Mobilites fiks teriketahui sebagai: 1. Nyeri Celot menurun (4) 2. Kedekatan fiks menurun 3. Ketidak nyamanan menurun (5) P: Metode Intervensi
6/11/24	Rosario infeksi klou (N.0142)	S: pasien mengeluhkan nyeri saat duduk / tidur D: luka bekas OP. hamper bersih tidak ada kerusakan, pendarahan dan pus di area jahitan A: Rosario Infeksi teriketahui sebagai: 1. kerusakan menurun (5) 2. Nyeri Celot menurun P: Metode Intervensi

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur

TEKNIK RELAKSASI BENSON PADA PASIEN POST OPERASI APPENDIKTOMI

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI BENSON	
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"> 1. Identifikasi tingkat nyeri klien 2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien 3. Berikan penjelasan tentang terapi Benson 4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 4. Jam Tangan 5. Catatan perkembangan pasien 6. Buku kecil dan Alat tulis
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diatur dalam posisi senyaman mungkin, baik dengan cara duduk atau berbaring agar tidak mengganggu pikiran pasien. 2. Pasien dibimbing agar memejamkan mata dengan rileks dan tidak mengerahkan tenaga yang dapat mengganggu pikiran. 3. Pasien dibimbing agar mampu melemaskan otot- otot

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

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

Lembar Kuesioner Nyeri

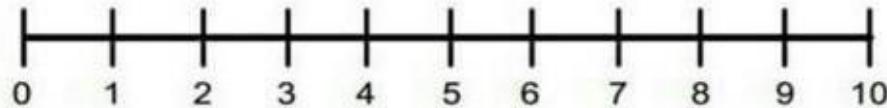
Numeric Rating Scale

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 Appendiktoni Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Dan Penerapan Teknik Relaksasi Benson Di Rumah Sakit Umum Daerah Pembum”.

Jawaban yang saya berikan hanya untuk keperluan penelitian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat.

Cilacap, 2025

Responden

Lampiran 5 Lembar konsultasi/bimbingan