

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**JUDUL :**

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN  
INTENSITAS NYERI PADA NY N DENGAN POST APPENDIKTOMI  
DI WILAYAH KERJA DIPUSKESMAS MUARO BUNGO 1  
TAHUN 2020**

**OLEH :**

**WAHYU SETIYAWAN**  
**1914901760**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG  
2019-2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN  
INTENSITAS NYERI PADA NY N DENGAN POST APPENDIKTOMI  
DI WILAYAH KERJA DIPUSKESMAS MUARO BUNGO 1  
TAHUN 2020**

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan  
Pendidikan Profesi Ners di Stikes Perintis Padang*

**OLEH :**

**WAHYU SETIYAWAN**  
**1914901760**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG  
T.A 2019/2020**

**LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : WAHYU SETIYAWAN

Nim : 1914901760

Prodi : Profesi Ners

Judul : Penerapan Terapi Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Nyeri Pada Ny N Dengan Post Appendiktomi Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo 1

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiatisme dan sudah sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang berlaku di STIKES Perintis. Jika kemudian hari ternyata karya tulis ilmiah saya terbukti terdapat plagiat, maka saya yang akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang diberikan oleh pihak kampus STIKes Perintis.

Muara Bungo, 17 September 2020

Penulis  
  
6000

Wahyu Setiyawan  
NIM : 1914901760

HALAMAN PERSETUJUAN

PENERAPAN TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN  
INTENSITAS NYERI PADA NY N DENGAN POST APPENDIKTOMI  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA BUNGO 1  
TAHUN 2020

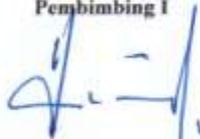
OLEH :

WAHYU SETIYAWAN, S.Kep  
NIM. 1914901760

Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah diseminarkan  
Muara Bungo, 17 September 2020

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



(Ns. Muhammad Arif, M.Kep)  
NIK. 1420114098409051

Pembimbing II



(Ns. Ida Suryati, M.Kep)  
NIK. 1420130047501027

Mengetahui,

Ketua Prodi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang



(Ns. Mera Delima, M.Kep)  
NIK. 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

JUDUL :

PENERAPAN TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN  
INTENSITAS NYERI PADA NY N DENGAN POST APPENDIKTOMI  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA BUNGO 1  
TAHUN 2020

OLEH :

WAHYU SETIYAWAN, S.Kep  
NIM. 1914901760

Pada :

Hari/Tanggal : Kamis, 17 September 2020

Jam : 10.00 Wib

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Penguji I : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

Penguji II : Ns. Muhammad Arif, M.Kep



Mengetahui.

Ketua Prodi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang



(Ns. Mera Delima, M.Kep)  
NIK. 1420101107296019

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKES PERINTIS PADANG  
KARYA ILMIAH AKHIR NERS, 17 September 2020  
WAHYU SETIYAWAN  
1914901760**

**PENERAPAN RELAKSASI BENSON UNTUK PENURUNAN  
SKALA NYERI PADA PASIEN POST OP APPENDIKTOMI  
DI PUSKESMAS MUARO BUNGO 1**

**ABSTRAK**

WHO (World Health Organization) memperkirakan kasus insidens penyakit appendiksitis di dunia pada tahun 2007 mencapai angka 7% dari keseluruhan jumlah penduduk di dunia. Di Amerika, kejadian appendiksitis dikatakan 7% dari seluruh populasi dengan insiden 1,1 kasus per 1000 penduduk pertahun. Usia 20-30 tahun adalah usia yang paling sering mengalami appendiksitis. Insiden appendicitis pada tahun 2018 mencapai 7 dari populasi penduduk dunia. Masa pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu yang bervariasi. Dalam penelitian Mulyono (2010), pemulihan pada pasien post operasi membutuhkan waktu yang cukup lama dan rata-rata 72,45 menit. Pada umumnya, pasien akan merasakan nyeri yang sangat hebat pada 2 jam pertamasetelah operasi karena pengaruh dari obat anastesi yang mulai menghilang (Berman & Koziar, 2012). Intervensi mandiri keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien dengan post operasi apendiktomi yaitu dengan mengajarkan tehnik terapi relaksasi Benson (Berman & Koziar, 2012). Tujuan penulis dalam karya ilmiah akhir Ners ini adalah cara memberikan asuhan keperawatan yang mandiri pada pasien dengan post op appendiktomi dengan menggunakan teknik terapi relaksasi benson di wilayah kerja Puskesmas Muara Bungo 1. Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini menggunakan metode studi kasus, sedangkan asuhan keperawatan yang diberikan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Adapun hasil yang ditemukan adalah setelah dilakukan penerapan relaksasi benson nyeri dinyatakan berkurang, ditandai dengan penurunan skala nyeri. pengetahuan keluarga tentang cara perawatan pada anggota keluarga dengan appendiktomi bertambah. Saran agar petugas kesehatan mengoptimalkan pelayanan pada pasien dengan appendiktomi serta mengatasi nyeri dengan teknik relaksasi benson secara teratur disaat nyeri sedang berlangsung, serta memelihara dan mempertahankan kebersihan dan kesehatan lingkungan guna menghindari faktor penyebab terjadinya infeksi.

**Kata Kunci : Appendiks, Nyeri, Relaksasi Benson**  
**Daftar Pustaka : 12 (2010-2018)**

**FACULTY OF NURSING  
STIKES PERINTIS PADANG  
FINAL SCIENTIFIC NERS, 17 September 2020  
WAHYU SETIYAWAN  
1914901760**

**APPLICATION OF BENSON RELAXATION FOR REDUCTION  
PAIN SCALE IN APPENDICTOMIC POST OP PATIENTS  
AT MUARO BUNGO PUSKESMAS 1**

**ABSTRACT**

*The who (world health organization) estimates that 2007's incident incidents reached 7% of the world's population. In America, incidents are said to be 7% of the population with 1.1 cases per 1000 people per year. The age of 20-30 is the age most commonly diagnosed with cytoplasm. The incidence of occupational dicitis in 2018 reached 7 of the world's population. Post patient recovery takes varying lengths of time. In mulyono's study (2010), post surgery patients recover an average of 72.45 minutes. Patients generally experience severe pain during the first two hours after surgery because the effects of anesthesia are fading (berman & kozier, 2012). Self-nursing interventions that can be performed in patients' pain using a post-surgical appendectomy are one that teaches Benson's neurological technique (berman & kozier, 2012). The aim of the authors of the final scientific work of the ners is to provide independent nursing care to post-op patients dichotomy by using Benson relaxation techniques in the workforce of the bungo esophagus. This scientific report by the ners USES methods of case study, while nursing care is given approaches the process of nursing. As for the results found, the application of the Benson relaxation of pain was pronounced reduced, marked by a decrease in scale of pain. Family knowledge of how to treat members of the family with increased hysterectomy. Suggestions for health workers to optimize service in patients with appendectomy and to cope with pain by regular Benson relaxation techniques while pain is under way, as well as maintaining and maintaining hygiene and environmental health to avoid the causes of infection.*

**Keywords: Appendix, Benson Relaxation, Pain**

**Bibliography: 12 (2010-2018)**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : WAHYU SETIYAWAN, S.KEP  
Nim : 1914901760  
Tempat/Tanggal Lahir : Rimbo Bujang, 26 September 1995  
Alamat : Desa Perintis, Kecamatan Rimbo Bujang,  
Kabupaten Tebo, Provinsi Jambi  
No. Hp : 082281749035  
Program Studi : Profesi Ners  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Indonesia  
Orang Tua  
Ayah : TUPAR  
Ibu : SRI WAHYUNI  
Riwayat Pendidikan :  

1. TK Pertiwi JL 32 Rimbo Bujang, tahun 2000-2001
2. SD Negeri 188/VIII Wiroto Agung 2001-2007
3. SMP Negeri 31 Kabupaten Tebo tahun 2007-2010
4. SMK Negeri 2 Kabupaten Tebo tahun 2010-2013
5. Universitas Dharmas Indonesia Tahun 2013-2017

## KATA PENGANTAR



*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, segala puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT karena telah memberikan kelancaran, kekuatan, rahmat dan hidayah serta kesehatan yang tak ternilai harganya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan KIA-N ini dengan judul **“Penerapan Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Op Appendiktomi Dipuskesmas Muaro Bungo 1 ”**.

Dalam proses penyusunan KIA-N ini penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan dan belum dapat dikatakan sepenuhnya sempurna karena adanya keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki penulis. Oleh karena itu penulis dengan besar hati mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Mera Delima, M. Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Perintis Padang.
3. Syafrizal, SKM.M.Kes selaku Kepala Pimpinan Puskesmas Muara Bungo 1 beserta jajaran yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus ini.
4. Bapak Ns. Muhammad Arif, M.Kep selaku Pembimbing Akademik I. Terima kasih atas bimbingan dan kebesaran hatinya dalam memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama menyusun KIA-N ini.

5. Ibu Ns. Ida Suryati, M.Kep selaku Pembimbing II. Terima kasih karena telah banyak meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan serta pengarahan dan pemahaman kepada penulis selama penyusunan KIA-N ini.
6. Seluruh Dosen Program Studi Profesi Ners yang banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan, pengalaman dan nasehat selama pendidikan di bangku perkuliahan.
7. Kepada Ayah dan Ibu tercinta beserta keluarga yang telah memberi nasihat dan semangat yang tiada hentinya kepada penulis selama penyusunan KIA-N ini.
8. Kepada Teman - teman seperjuangan angkatan 2019-2020 Profesi Ners, yang telah membantu demi kelancaran penulis selama penyusunan KIA-N ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu, penulis ucapkan terima kasih atas dukungannya.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala kebaikan yang telah diberikan, semoga KIA-N ini bermanfaat bagi penulis, pembaca, maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Muara Bungo, 17 September 2020

## DAFTAR ISI

## HALAMAN

<b>COVER LUAR</b>	
<b>COVER DALAM</b> .....	
<b>LEMBAR BEBAS PLAGIATISME</b> .....	
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	
<b>ABATRACK</b> .....	
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>viii</b>

### **BAB I PENDAHULUAN**

1.1 LATAR BELAKANG .....	1
1.2 TUJUAN PENULISAN .....	5
1. Tujuan umum .....	5
2. Tujuan khusus .....	5
1.3 MANFAAT PENULISAN .....	6
1. Bagi Pasien Post Op Apendektomi .....	6
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	6
3. Bagi Pembaca .....	6
4. Bagi Mahasiswa .....	6

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 KONSEP APPENDISITIS .....	7
2.1.1 Definisi Appendisitis .....	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi .....	8
2.1.3 Klasifikasi Appendisitis.....	8
2.1.4 Etiologi Appendisitis .....	9
2.1.5 Patofisiologi Appendisitis.....	9
2.1.6 Manifestasi Klinis .....	10
2.1.7 Komplikasi.....	10

2.1.8	Pemeriksaan Penunjang .....	11
2.1.9	Penatalaksanaan .....	11
2.2	KONSEP NYERI .....	12
2.2.1	Definisi Nyeri .....	12
2.2.2	Klasifikasi Nyeri Akut .....	13
2.2.3	Patofisiologis .....	13
2.2.4	Manifestasi Klinis .....	14
2.2.5	Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.....	14
2.2.6	Cara Mengukur Intensitas Nyeri.....	14
2.2.7	Penatalaksanaan Nyeri.....	17
2.3	KONSEP TERAPI ELAKSASI BENSON .....	18
2.3.1	Definisi Terapi Relaksasi Benson.....	18
2.3.2	Tujuan Terapi Relaksasi Benson .....	18
2.3.3	Manfaat Terapi Relaksasi Benson .....	18
2.3.4	Pendukung Terapi Relaksasi Benson.....	19
2.3.5	Prosedur Terapi Relaksasi Benson .....	20
2.3.6	Langkah-langkah Terapi Relaksasi Benson.....	20
2.3.7	Asuhan Keperawatan Teoritis .....	21

### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

3.1	PENGKAJIAN .....	37
3.1.1	Identitas Klien .....	37
3.1.2	Riwayat Kesehatan Dahulu .....	37
3.1.3	Status Kesehatan Saat Ini .....	39
3.1.4	Riwayat Kesehatan Keluarga .....	39
3.1.5	Data Aktifitas Sehari-Hari.....	41
3.1.6	Pola Aktivitas Dan Latihan .....	43
3.1.7	Data Lingkungan .....	43
3.1.8	Data Psikososial .....	43
3.1.9	Pengkajian Fisik.....	45
3.1.10	Hasil Pemeriksaan Penunjang .....	47
3.1.11	Pengobatan .....	47

3.1.12 Data Fokus .....	48
3.1.13 Analisa data.....	49
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	51
3.3 Intervensi Keperawatan.....	52
3.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan .....	57

#### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian Data Dan Analisa Data Dasar.....	75
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	77
4.3 Intervensi Keperawatan.....	77
4.4 Implementasi Keperawatan.....	80
4.5 Evaluasi .....	84

#### **BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....	90
5.2 Saran .....	91

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	24
Tabel 3.1 Data Aktifitas Sehari-Hari .....	41
Tabel 3.2 Analisa Data.....	49
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	52
Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan.....	57

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Appendiks Pada Saluran Pencernaan .....	7
Gambar 2.2 Anatomi Dan Posisi Appendiks .....	8
Gambar 2.2.1 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif .....	15
Gambar 2.2.2 Skala Penilaian Nyeri Numerik.....	15
Gambar 2.2.3 Skala Analog Visual.....	16
Gambar 2.2.4 Skala Nyeri Menurut Bourbanis.....	16

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Standart Operasional Prosedur
- Lampiran 2 : Dokumentasi
- Lampiran 3 : Jurnal Terkait

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Wijaya & Putri, 2013). Apendisitis merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran kanan bawah dari rongga abdomen dan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2013).

Apendektomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendektomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Marijata dalam Pristahayuningtyas, 2015).

WHO (World Health Organization) memperkirakan insidens appendiksitis di dunia tahun 2007 mencapai 7% dari keseluruhan jumlah penduduk dunia. Di Amerika, kejadian appendiksitis dikatakan 7% dari seluruh populasi dengan insiden 1,1 kasus per 1000 penduduk pertahun. Usia 20-30 tahun adalah usia yang paling sering mengalami appendiksitis. Insiden appendicitis pada tahun 2018 mencapai 7 dari populasi penduduk dunia. Di Amerika Serikat appendicitis merupakan kedaruratan bedah abdomen yang paling sering dilakukan, dengan jumlah penderita pada tahun 2017 sebanyak 734.138 orang dan meningkat pada tahun 2018 yaitu sebanyak 739.177 orang (WHO, 2018). Hasil survey pada tahun 2018 Angka kejadian apendiksitis di sebagian besar wilayah Indonesia hingga saat ini masih tinggi. Di Indonesia, jumlah pasien yang menderita penyakit apendiksitis berjumlah sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang. Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, apendisitis akut merupakan salah satu penyebab dari akut abdomen dan beberapa indikasi untuk dilakukan operasi kegawatdaruratan Insidens apendiksitis di Indonesia

menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan abdomen lainnya (Depkes, 2018).

Data di provinsi jambi tahun 2008 terdapat 11548 kasus appendiks dengan penderita terbanyak di Kabupaten Muaro Jambi. Di Puskesmas Muara Bungo 1 ada 4 pasien post appendiks yang control selama bulan Januari sampai Agustus 2020.

Penatalaksanaan apendisitis adalah dengan tindakan pembedahan (apendiktomi). Apendiktomi dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara tehnik terbuka/pembedahan konvensional (laparatomi) atau dengan tehnik laparaskopi yang merupakan tehnik pembedahan minimal infasif dengan metode terbaru yang sangat efektif (Berman & Koziar, 2012).

Masa pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu yang bervariasi. Dalam penelitian Mulyono (2010), pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit. Pada umumnya pasien akan merasakan nyeri yang hebat pada 2 jam pertama pasca operasi dikarenakan pengaruh obat anastesi mulai hilang (Berman & Koziar, 2012).

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual, sehingga tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Hal tersebut yang menjadi dasar bagi perawat untuk memberikan intervensi keperawatan dalam mengatasi nyeri (Asmadi, 2013)

Nyeri dapat terjadi melalui empat proses tersendiri yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi nyeri adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktivitas listrik di reseptor nyeri. Transmisi nyeri terdiri dari tiga bagian, pada bagian pertama nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medulla spinalis. Dua jenis serabut nosiseptor yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C, yang mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, serabut A-Delta yang mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari medulla spinalis menuju batang otak dan talamus melalui jaras spinothalamikus (*spinothalamic*

*tract* atau STT). STT merupakan suatu sistem deskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus ke talamus. Selanjutnya, pada bagian ketiga, sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensorik somatik (tempat nyeri dipersepsikan) (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah dengan menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Mubarak et al., 2015).

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri dengan terapi non farmakologi meliputi pendekatan secara fisik dan perilaku kognitif. Tujuan dari pendekatan secara fisik adalah nyeri berkurang, memperbaiki disfungsi fisik, mengubah respon fisiologis, serta mengurangi ketakutan yang berhubungan dengan imobilitas terkait nyeri. Sedangkan perilaku kognitif memiliki tujuan untuk mengubah persepsi dan perilaku pasien terhadap nyeri, serta mengajarkan pasien untuk mengontrol nyeri lebih baik seperti menggunakan distraksi dengan tepat, berdoa, mendengarkan musik, pemberian relaksasi nafas dalam serta pemberian relaksasi imajinasi terbimbing (Perry & Potter, 2010).

Intervensi atau tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan dalam mengurangi nyeri pada pasien dengan post operasi apendiktomi salah satunya yaitu dengan mengajarkan tehnik relaksasi Benson (Berman & Koziar, 2012).

Relaksasi Benson merupakan relaksasi menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Pada relaksasi Benson ada penambahan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata yang merupakan rasa cemas yang sedang pasien alami. Kelebihan dari latihan teknik relaksasi dibandingkan teknik lainnya adalah lebih mudah dilakukan dan tidak ada efek samping apapun (Solehati & Kosasih, 2015). Pada penelitian yang dilakukan oleh Wallace, Benson, dan Wilson (1971) diperoleh hasil, bahwa

dengan meditasi dan relaksasi terjadi penurunan konsumsi oksigen, output CO<sub>2</sub>, ventilasi selular, frekuensi napas, dan kadar laktat sebagai indikasi penurunan tingkat stress, selain itu ditemukan bahwa PO<sub>2</sub> atau konsentrasi oksigen dalam darah tetap konstan, bahkan meningkat sedikit.

Benson (2000) mengatakan, bahwa jika individu mulai merasa cemas, maka akan merangsang saraf simpatis sehingga akan memperburuk gejala-gejala kecemasan sebelumnya. Kemudian, daur kecemasan dan nyeri dimulai lagi dengan dampak negatif semakin besar terhadap pikiran dan tubuh (Solehati & Kokasih, 2015). Dari hasil penelitian yang dilakukan Roykulcharoen (2004) yang berjudul *the effect of systemic relaxation technique on postoperative pain in Thailand* menyatakan bahwa pengurangan substansial dalam sensasi dan kesusahan sakit ditemukan saat pasien pascaoperasi dengan menggunakan relaksasi yang sistematis termasuk relaksasi Benson.

Hasil study kasus yang dilakukan oleh peneliti pada pasien dengan post appendiktomi di puskesmas muara bungo 1 didapatkan hasil sesuai dengan jurnal, dimana penerapan relaksasi benson cukup efektif untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien.

Teknik relaksasi benson sendiri sudah banyak digunakan dalam menurunkan intensitas nyeri, misal penelitian yang dilakukan oleh Grece Frida Rasubala Dkk, menyimpulkan bahwa teknik relaksasi benson dapat menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi apendiksitis dari hasil penelitian dan beberapa hasil penelitian pada jurnal pengaruh teknik relaksasi benson terhadap skala nyeri pada pasien post operasi di rsup. Prof. Dr. R.d. kandou dan rs tk.iii r.w. mongisidi teling manado yang telah dipaparkan diatas. Selain itu, teknik relaksasi benson dapat digunakan dimana saja tanpa mengganggu aktivitas yang lainnya.

Hasil penelitian tentang Pengaruh Tehnik Relaksasi Benson Terhadap penurunan Skala Nyeri Post Appendiktomi di RSUD Porsea didapatkan hasil analisa uji  $t$  pre eksperimen dan post eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p=0.000$ , yang berarti nilai  $p < 0.05$  maka dapat disimpulkan

ada perbedaan perbedaan skala nyeri post Appendixtomy di RSUD Porsea setelah dilakukan Teknik Relaksasi Benson (Manurung, 2019).

Terapi relaksasi benson sendiri sudah banyak dilakukan pada pasien di rumah sakit, karena selain untuk menurunkan inensitas nyeri juga dapat menurunkan tingkat stress dan cemas dibuktikan dari banyaknya jurnal penelitian serta study kasus yang dilakukan oleh para tenaga kesehatan terutama perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan.

Berdasarkan fenomena tersebut, maka, penulis tertarik untuk melakukan penerapan terapi relaksasi benson sebagai salah satu intervensi untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien post appendiktomi di puskesmas muara bungo 1.

## **1.2 TUJUAN PENULISAN**

### **1. Tujuan umum**

Tujuan penulis karya ilmiah akhir Ners adalah cara memberikan asuhan keperawatan mandiri pada Ny Y dengan post op appendiktomi dengan menggunakan teknik relaksasi benson di wilayah kerja Puskesmas Muara Bungo 1.

### **2. Tujuan khusus**

Tujuan khusus dari karya ilmiah akhir Ners adalah :

- 1) Mahasiswa mengetahui dan memahami konsep secara teoritis pada Ny. N dengan Post op appendicitis.
- 2) Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan Pada Ny. N dengan Post op appendicitis.
- 3) Mahasiswa mampu mengaplikasikan jurnal terapi relaksasi benson pada Ny. N dengan Post op appendicitis di wilayah kerja puskesmas Muara Bungo 1 tahun 2020.

### **1.3 MANFAAT PENULISAN**

1. Bagi pasien post op appendektomi.

Sebagai tambahan informasi dan dapat menambah pengetahuan tentang penyakit appendiks, serta dapat menyikapi dan mengatasi nyeri pada luka post op appendektomi dengan teknik relaksasi benson

2. Bagi profesi keperawatan

Dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post appendektomi dengan teknik relaksasi benson untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pasien.

3. Bagi pembaca

Memberikan pengertian atau pengetahuan tentang teknik relaksasi benson untuk mengatasi nyeri pada luka post appendektomi dan pengambilan keputusan yang tepat kepada pembaca. Khususnya dalam menyikapi pasien dengan post op appendektomi.

4. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman tentang teknik relaksasi benson untuk mengatasi nyeri pada luka post appendektomi yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien post op appendektomi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP APPENDISITIS**

##### **2.1.1 DEFINISI APPENDISITIS**

Appendisitis adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu feses kemudian terjadi proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks verivormis (Nugroho, 2011).

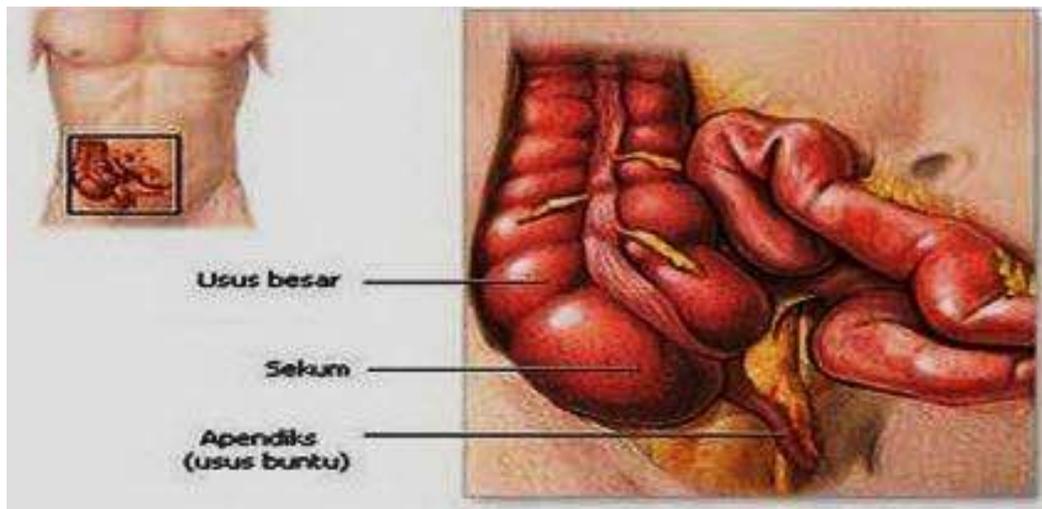
##### **2.1.2 Anatomi dan Fisiologi**

###### **1. Anatomi**

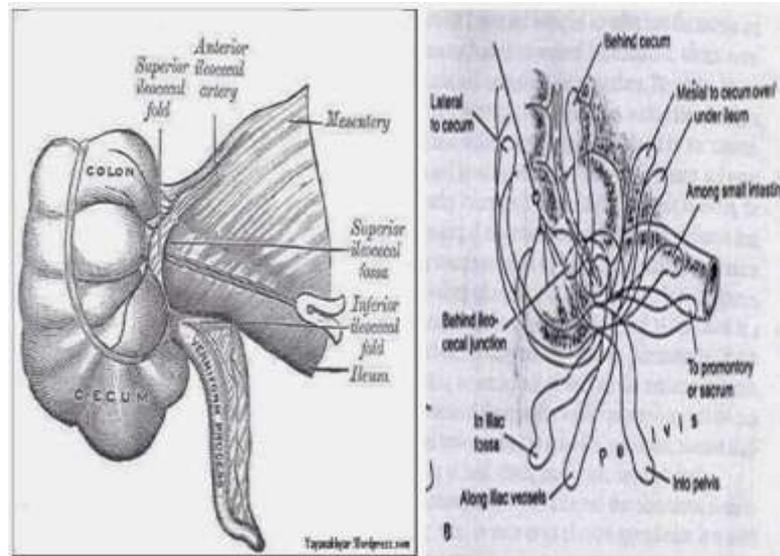
Appendiks adalah suatu organ yang berbentuk tabung dengan panjang sekitar 10-12 cm dan berpangkal pada sekum. Appendiks pertama kali muncul pada saat perkembangan embriologi minggu kedelapan yaitu pada bagian ujung dari protuberans sekum. Pada saat antenatal dan postnatal, pertumbuhan dari sekum yang berlebih bisa menjadi apendiks yang akan berpindah dari medial menuju katup ileocaecal.

#### **GAMBAR 2.1**

##### **Appendiks Pada Saluran Pencernaan**



**GAMBAR 2.2**  
**ANATOMI DAN POSISI APPENDIKS**



Anatomi appendix

Posisi Appendix

2. Fisiologi

Appendiks akan menghasilkan sekitar lendir 1-2 ml perhari. Lendir itu secara normal akan dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya akan mengalir kesekum. Hambatan dari aliran pada lendir di muara appendix akan berperan pada proses pathogenesis pada Apendisitis. Immunoglobulin sekretoar dihasilkan Gut Associated Lymphoid Tissue (GALT) yang terdapat pada sepanjang saluran cerna, termasuk appendix adalah Immunoglobulin A (Ig-A). Immunoglobulin ini sangat efektif bila digunakan sebagai pelindung terhadap infeksi yaitu, mengontrol proliferasi bakteri, netralisasi virus, dan mencegah penetrasi dari enterotoksin dan antigen intestinal lainnya.

**2.1.3 KLASIFIKASI APPENDISITIS**

Klasifikasi appendicitis menurut Nurafif dan Kusuma (2013) terbagi menjadi 3 yaitu :

- a. Apendisitis akut, yaitu suatu radang yang mendadak di umbai cacing yang memberikan tanda, dan disertai maupun tidak disertai rangsangan pada peritoneum lokal.
- b. Apendisitis rekurens yaitu riwayat nyeri berulang yang terjadi di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi.
- c. Apendisitis kronis memiliki segala gejala riwayat nyeri pada bagian perut kanan bawah lebih dari dua minggu/sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa, dan keluhan akan segera menghilang setelah apendiktomi.

#### **2.1.4 ETIOLOGI APPENDISITIS**

Apendisitis akut terjadi karena proses radang bakteri yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti *hyperplasia* jaringan limfe, *fekalith*, tumor apendiks, dan cacing askaris yang menyumbat (Haryono, 2012).

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

#### **2.1.5 PATOFISIOLOGI APPENDISITIS**

Apendisitis dimulai oleh obstruksi lumen yang disebabkan oleh feses yang fekalit. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi, apendisitis berhubungan dengan asupan makanan rendah serat. Pada stadium awal, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan peritoneal. Cairan eksudat fibrinopurulenta terbentuk beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan. Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen yang menjadi distensi dengan pus. Arteri yang menyuplai apendiks akan menjadi bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis. Jika perforasi

yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses local akan terjadi (Burkit, Quick & Reed, 2007).

### **2.1.6 MANIFESTASI KLINIS**

Menurut PPNI (2016) tanda dan gejala nyeri akut dibagi menjadi tanda gejala dan tanda gejala minor. Secara spesifik tanda dan gejala nyeri akut pasien post operasi apendektomi Menurut Potter & Perry (2006). Sayatan luka post operasi apendektomi yang dihasilkan merupakan trauma bagi penderita dan menimbulkan berbagai keluhan. Tanda dan gejala nyeri akut yang muncul seperti denyut jantung, tekanan darah dan frekuensi pernapasan yang meningkat. Gerakan tubuh dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri seperti memegang bagian tubuh yang nyeri, dan ekspresi wajah yang menyeringai atau gelisah.

### **2.1.7 KOMPLIKASI**

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

#### **a. Perforasi**

Perforasi massa yang terdiri dari apendiks, sekum, serta letak usus halus. Perforasi terjadi sekitar 75% pada kasus dengan peningkatan suhu  $39,5^{\circ}\text{C}$  atau lebih akan tampak toksik, nyeri tekan pada seluruh perut dan leukositosis juga akan meningkat akibat dari perforasi dan pembentukan abses.

#### **b. Peritonitis**

Peritonitis adalah infeksi yang terjadi pada sistem vena porta yang ditandai dengan suhu  $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$  serta menggigil dan icterus adalah merupakan penyakit yang jarang terjadi.

### **2.1.8 PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan post operasi appendiktomi menurut Wijaya dan Putri tahun (2013), yaitu:

a. Laboratorium.

Pemeriksaan leukosit meningkat antara rentang 10.000 –hingga 18.000 / mm<sup>3</sup>, kemudian neutrophil juga meningkat antara 75%, dan WBC juga akan meningkat sampai 20.000.

b. Data Pemeriksaan Diagnostik.

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

### **2.1.9 PENATALAKSANAAN**

a. Medis.

Penatalaksanaan pada post operasi apendiktomi di bagi menjadi tiga bagian menurut (Brunner & Suddarth, 2010), yaitu :

a) Sebelum operasi / pre op

1) Observasi

Dalam kurun waktu 8-12 jam setelah munculnya keluhan, perlu di observasi dengan ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien akan diminta untuk meakukan tirah baring dan dipuaskan terlebih dahulu. Laksatif tidak boleh di berikan apabila di curigai adanya apendisitis. Diagnosis yang ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan nyeri.

2) Antibiotik

Apendisitis ganggrenosa atau apenditis perforasi akan memerlukan obat jenis antibiotik, kecuali apendiksitis tanpa komplikasi yang tidak memerlukan antibiotik.

b) Operasi

Operasi atau pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks yaitu apendiktomi. Apendiktomi dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau dengan laparoscopi (Brunner & Suddarth, 2010).

Apendiktomi dilakukan dengan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional laparotomi) atau dengan teknik laparoscopi yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive (Brunner & Suddarth, 2010).

c) Setelah operasi

Kaji tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam. Baringkan klien dalam posisi semi fowler. Klien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, dan selama itu klien dipuaskan. Satu hari setelah operasi, klien di anjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua pasien dapat dianjurkan duduk di luar kamar. Hari ke tiga dapat di angkat dan di bolehkan untuk pulang (Mansjoer, 2010).

b. Non Farmakologi.

Tindakan yang dapat dilakukan perawat adalah selain mengubah posisi, meditasi, makan, dan membuat klien merasa nyaman yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam (Potters & Perry,2010).

## **2.2 KONSEP NYERI**

### **2.2.1 Definisi Nyeri**

IASP International Association for the Study of Pain mendefinisikan nyeri merupakan suatu sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dengan onset mendadak dan berintensitas ringan hingga berat dan berlangsung kurang dari tiga bulan ( Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016 ).

### 2.2.2 Klasifikasi Nyeri Akut

Klasifikasi nyeri secara umum dapat di bagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

#### a. Nyeri akut

Nyeri akut ialah nyeri yang terjadi dalam waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Nyeri akut tidak di atasi secara cepat mempunyai efek yang dapat membahayakan karena dapat mempengaruhi system dari pulmonary, sistem kardiovaskuler, sistem gastrointestinal, sistem, serta sistem imonulogik (Potter & Perry, 2005).

#### b. Nyeri kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang berlangsung dlam kurun waku 6 bulan. Nyeri kronik ini dapat berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan. Nyeri ini biasanya sering di kaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2008).

Berdasarkan sumbernya, nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri nosiseptif dan neuropatik (Potter & Perry, 2005).

#### a. Nyeri nosiseptif

Nosiseptif berasal dari kata “*noxious/harmful nature*”, dalam hal ini ujung saraf nosiseptif, menerima informasi tentang stimulus yang mampu merusak jaringan. Nyeri nosiseptif berdifat tajam, dan berdenyut (Potter & Perry, 2005).

#### b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik akan mengarah kepada disfungsi di luar sel saraf. Nyeri neuropatik akan membuat nyeri terasa seperti terbakar dan kesemutan serta akan hipersensitif terhadap sentuhan. (Guyton & Hall, 2008).

### 2.2.3 Patofisiologis

Apendektomi merupakan suatu pembedahan yang di lakukan untuk mengangkat apendiks. Pembedahan adalah pengobatan dengan menggunakan cara invansif atau menampilkan beberapa bagian dari tubuh yang akan operasi.

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis**

PPNI tahun (2016), merancang manifestasi klinis untuk pasien dengan nyeri akut yaitu, nyeri, meringis, dan bersikap protektif, (seperti, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, cemas, frekuensi nadi akan meningkat, sulit tidur dan empertahankan tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

#### **2.2.5 Faktor yang mempengaruhi nyeri.**

Menurut Mubarak, dkk (2015), yaitu :

1. Etnik dan nilai budaya

Kebudayaan yang ada yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*intover*). Sosialisasi budaya akan sangat menentukan perilaku psikologis seseorang.

2. Tahap perkembangan

Usia dan tahap dari perkembangan seseorang adalah sesuatu yang amat penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri.

4. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai kejadian nyeri yang terjadi. Ketidakmampuan seorang untuk mengatasi nyeri atau kejadian di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Lain hal nya pada individu yang yakin bahwa dia mampu mengatasi nyeri yang mereka rasakan.

#### **2.2.6 Cara Mengukur Intensitas Nyeri**

Intensitas nyeri merupakan gambaran dari parahnya nyeri di rasakan oleh individu, pengukuran dari intensitas nyeri amat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat

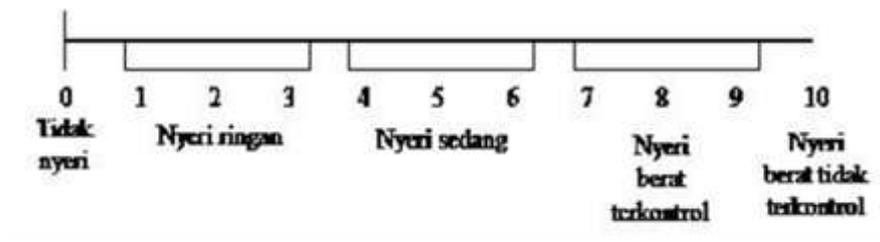
berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dapat dilakukan dengan cara pendekatan objektif, yang paling sering ialah dengan menggunakan respons fisiologis badan terhadap nyeri (Mubarak et al., 2015).

1. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

Skala deskriptif merupakan pengukuran dari tingkat nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*verbal descriptor scale - VDS*) adalah suatu garis yang terdiri dari 3-5 kata pendeskripsi yang disusun dengan jarak yang sama setiap garis. Pendeskripsi ini di urutkan dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”

**Gambar 2.2.1**

**Skala Intensitas Nyeri Deskriptif**

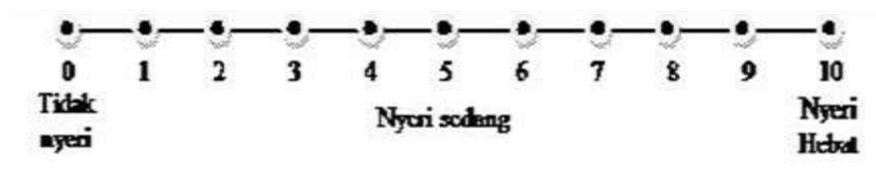


2. Skala Penilaian Nyeri Numerik

Skala penilaian numerik (*numerical rating scales-NRS*) di gunakan untuk pengganti alat pendeskripsi data. Dalam penilaian nyeri secara numerik, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala yang paling efektif di pakai untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik dilakukan.

**Gambar 2.2.2**

**Skala Penilaian Nyeri Numerik**



3. Skala analog visual

Skala analog visual (*visual analog scale-VAS*) adalah garis yang lurus mewakili dari intensitas nyeri yang terus-menerus terjadi dan

pendeskripsian verbal pada setiap ujung. Dalam memakai skala ini dapat memberikan klien kebebasan penuh dalam menilai keparahan dari nyeri. VAS adalah pengukuran nyeri yang bisat melihat setiap titik pada rangkaian.

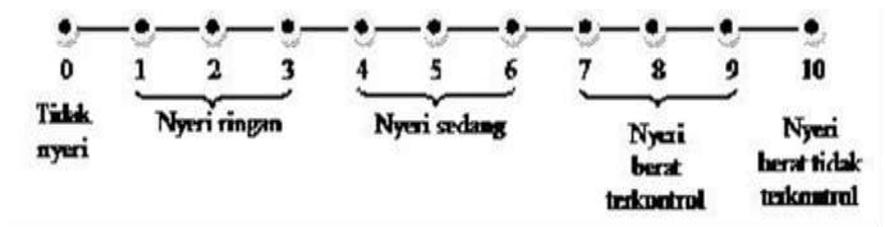
**Gambar 2.2.3**  
**Skala Analog Visual**



4. Skala nyeri Bourbanis

Skala nyeri ini akan di rancang supaya skala tersebut dapat digunakan dan tidak menghabiskan banyak waktu saat pasien melengkapinya.

**Gambar 2.2.4**  
**Skala Nyeri Menurut Bourbanis**



Keterangan :

0 :Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi.

4-6 : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis,menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki karateristik adanya peningkatan frekuensi pernafasan , tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil.

7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat

menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekakuan otot, kelelahan dan keletihan

10 : Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

### **2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri**

#### a) Farmakologi

- 1) Analgesik narkotik : obat ini terdiri dari derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik bisa membuat efek seperti menurunkan nyeri dan meningkatkan kegembiraan, sebab obat ini akan membuat ikatan pada reseptor opiate serta mengaktifkan penekanan nyeri endogen susunan sistem saraf pusat.
- 2) Analgesik non narkotik : analgesik non narkotik semisal aspirin, asetaminofen, serta ibuprofen dapat mempunyai efek anti nyeri dan anti inflamasi.

#### b) Non farmakologi

- 1) Relaksasi progresif : teknik relaksasi ini ialah suatu kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi ini dapat memberikan kontrol diri saat terjadi perasaan tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri.
- 2) Stimulasi kutaneus placebo : placebo adalah zat tanpa kegiatan farmakologis dalam wujud yang di kenal pasien untuk obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan lain-lain.
- 3) Teknik distraksi : distraksi adalah cara menghilangkan nyeri dengan mengalihkan perhatian klien pada hal-hal yang beda supaya klien mau lupa terhadap nyeri yang dirasakan.

## **2.3 KONSEP TERAPI RELAKSASI BENSON**

### **2.3.1 Definisi Terapi Relaksasi Benson**

Terapi relaksasi benson adalah suatu pengembangan cara relaksasi yang melibatkan keyakinan pasien dan bisa menciptakan lingkungan internal sehingga bisa menolong klien dalam mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik (Purwanto, 2006).

### **2.3.2 Tujuan Terapi Relaksasi Benson**

Tujuannya yaitu untuk memperbaiki ventilasi pada alveoli didalam paru, memelihara pertukaran gas dan mencegah atelektasi paru, serta bisa meningkatkan efisiensi batuk, menurunkan tingkat stress, baik stress secara fisik maupun stress secara emosional dan menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan serta menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolic (Soeharto, 2009).

Proses pernafasan pada relaksasi Benson adalah proses masuknya oksigen via saluran nafas lalu masuk ke paru-paru dan di proses ke dalam tubuh, lalu kemudian akan di proses dalam paru-paru tepatnya di cabang bronkus dan akan di edarkan ke setiap bagian tubuh via pembuluh darah vena dan nadi agar dapat memenuhi kebutuhan oksigen. Jika oksigen terpenuhi, maka manusia akan tetap dalam kondisi yang netral. Kondisi ini akan menimbulkan keadaan rileks secara umum pada manusia.

Rileks bisa menurunkan kegiatan saraf simpatis dan menghidupkan saraf parasimpatis, agar terjadi penurunan heart rate serta tekanan perifer yang dikarenakan oleh pelebaran oleh pembuluh darah dan membuat konsentrasi O<sub>2</sub> di dalam darah meningkat sehingga kebutuhan O<sub>2</sub> di jaringan bisa tercukupi, sehingga bisa menurunkan tekanan darah (Istifa Hikmaharidha, 2011).

### **2.3.3 Manfaat Terapi Relaksasi Benson**

Manfaat terapi relaksasi benson teruji dapat memodulasi stress terkait kondisi seperti marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronis, depresi, hipertensi dan insomnia dan menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang. (Benson, H. and Proctor, 2000).

Menurut Kusnandar tahun (2009), manfaat dari teknik relaksasi benson adalah sebagai berikut:

- 1) Ketentraman hati, Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah.
- 2) Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah.
- 3) Detak jantung lebih rendah, Mengurangi tekanan darah.
- 4) Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit.
- 5) Tidur lelap kesehatan mental menjadi lebih baik.
- 6) Daya ingat lebih baik.
- 7) Meningkatkan daya berpikir logis.
- 8) Meningkatkan kreativitas.
- 9) Meningkatkan keyakinan.
- 10) Meningkatkan daya kemauan.
- 11) Meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain.

#### **2.3.4 Pendukung Terapi Relaksasi Benson**

Menurut Benson, H. and Proctor, (2000) Pendukung dalam Terapi Benson

##### 1) Perangkat Mental

Agar dapat memindahkan pikiran yang berada di luar diri, harus ada respon yang konstan. Respon tersebut dapat berupa kata-kata atau frasa yang singkat dan dapat di ulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frasa yang singkat merupakan fokus dalam melakukan teknik relaksasi benson. Fokus pada kata atau frasa tertentu bisa meningkatkan kekuatan dasar dari respon teknik relaksasi dengan memberikan kesempatan faktor keyakinan untuk memengaruhi penurunan kegiatan saraf simpatik.

##### 2) Suasana tenang

Suasana yang tenang dapat meningkatkan efektifitas pengulangan kata atau frasa, sehingga dapat dengan mudah menghilangkan fikiran-fikiran yang mengganggu.

3) Sikap pasif

Sikap ini cukup bagus karena berfungsi dalam mengabaikan pikiran-pikiran yang mengganggu, sehingga bisa lebih berfokus pada pengulangan kata atau frasa.

### **2.3.5 Prosedur Terapi Relaksasi Benson**

Menurut Benson, H. and Proctor (2000), prosedur teknik terapi relaksasi benson terdiri dari :

- a. Usahakan situasi di ruangan atau lingkungan yang relatif tenang , kemudian atur posisi nyaman.
- b. Pilih satu kata singkat yang mencerminkan keyakinan pasien. Lebih baik kata yang memiliki arti khusus.
- c. Tutup mata, keudian jauhi menutup mata terlalu kuat. Bernafas pelan dan wajar sembari melemaskan otot-otot, mulai dari otot kaki, otot betis, otot paha, otot perut dan pinggang. Kemudian disusul dengan melemaskan kepala,
- d. Mulai mengatur nafas, kemudian mulailah menggunakan fokus yang telah diyakini. Tarik nafas perlahan-lahan dari hidung dan pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, kemudian hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil mengucapkan kata yang telah dipilih sebelumnya.
- e. Pertahankan sikap pasif.

### **2.3.6 Langkah-langkah Terapi Relaksasi Benson.**

Cara melakukan teknik relaksasi benson sudah dipaparkan oleh Dokter Benson kedalam bukunya yang berjudul : *“The Relaxation Respons”* tahun 1974 adalah sebagai berikut :

1. Anjurkan Duduklah dalam keadaan tenang dan pada posisi yang enak.
2. Tutuplah mata
3. Regangkan semua otot-otot mulai dari kaki terus menuju ke raut muka, usahakan semuanya rileks.
4. Bernafaslah melalui hidung, sadar dan waspadalah terhadap jalan

pernafasan anda, sewaktu menghembuskan nafas keluar, katakan pada diri anda “satu” (jadi menggunakan kata “satu”, misalnya nafas masuk .... keluar, “satu”, masuk .... keluar, “satu” dan seterusnya. Bernafaslah dengan tenang dan sewajarnya.

5. Lanjutkan terus menerus selama 10 sampai 20 menit, anda boleh membuka mata untuk mengecek waktu atau jam, tetapi jangan menggunakan alarm. Bila anda telah selesai, duduklah dahulu dengan tenang beberapa menit, mula-mula dengan mata masih tertutup dan kemudian barulah membuka mata, jangan segera berdiri tetapi tunggulah beberapa saat.
6. Janganlah kuatir apakah anda berhasil atau tidak mencapai relaksasi yang mendalam. Jagalah sikap pasif dan biarkan terjadinya rileks dengan sendirinya. Jika pikiran melayang, jangan bersikap menyalahkan tetapi katakan pada diri anda “oh, ya ...” dan kembali sadar akan pernafasan dengan mengulang kata “satu”. Dalam latihan jangan bersikap ngotot. Berlatihlah sekali atau dua kali sehari, tetapi jangan melakukan dalam waktu dua jam setelah makan, karena proses pencernaan mengganggu timbulnya relaksasi. Menurut Aryana dan Novitasari (2013) tentang pengaruh relaksasi benson terhadap penurunan stress merekomendasikan adanya latihan benson relaksasi selama rata-rata 5 kali dalam seminggu.

## **2.4 ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS POST APPENDIKTOMI**

### **2.4.1 PENGKAJIAN**

Pengkajian keperawatan adalah salah satu dari komponen proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin, 2011). Pengkajian pada pasien apendiktomi menggunakan pengkajian mengenai nyeri akut meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan dahulu atau sebelumnya, riwayat kesehatan sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga.

Pengkajian mendalam terhadap nyeri yaitu, perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah dengan prinsip PQRST yaitu *provokasi* adalah faktor yang memperparah atau meringankan nyeri. *Quantity* adalah kualitas nyeri misalnya tumpul, tajam, merobek.

- a) Data-data yang harus dikumpulkan pada pasien dengan keluhan nyeri akut apendiktomi, menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, tahun 2016, pasien dengan nyeri akut masuk kedalam kategori psikologis dengan subkategori nyeri dan kenyamanan, perawat perlu mengkaji data mayor dan minor.
- b) Tanda dan gejala minor
  - a. Objektif : TD meningkat, pola napas akan berubah, proses berpikir akan terganggu, menarik diri, dan lebih berfokus pada diri sendiri.

#### **2.4.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Diagnosis keperawatan adalah penilaian khusus mengenai respon pasien terhadap masalah-masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung secara aktual maupun secara. Diagnosa keperawatan dalam penelitian ini yaitu diagnosa actual. Diagnosa aktual terdiri dari tiga komponen yaitu masalah (*problem*), penyebab (etiologi), tanda (*sign*), dan gejala (*symptom*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa-diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus Apendiktomi antara lain sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (insisi bedah pada perut)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan aktivitas klien dibantu keluarga, dan klien mengatakan ia takut bergerak karena nyeri.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan frekuensi tidur  $\pm 5$  jam, lingkungan panas, dan klien

mengatakan kesulitan memulai tidur, dan klien mengatakan sering terbangun saat tidur.

### **2.4.3 PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Intervensi pendukung diantaranya edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi teknik napas dalam, kompres dingin, kompres hangat, latihan pernapasan dan teknik distraksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang, baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**TABEL 2.1 (Intervensi Keperawatan)**

No.	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Tanda vital membaik 4. Kesulitan tidur menurun	O : - Identifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat nyeri T : - Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi benson) - Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur E : - Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi benson) K : - Kolaborasi dalam pemberian analgetik
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kontrol resiko infeksi meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Pemantauan perubahan status kesehatan	O : - Monitor tanda dan gejala infeksi T : - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan luka dan ganti perban

		<p>meningkat</p> <p>2. kemampuan mengenal tanda infeksi meningkat</p> <p>3. Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko meningkat</p> <p>4. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> <li>- Pertahankan tehnik aseptik</li> </ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>- Jelaskan tanda infeksi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian antibiotic</li> </ul>
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pergerakan meningkat</li> <li>2. rentang gerak meningkat</li> <li>3. nyeri menurun</li> <li>4. gerakan terbatas menurun</li> <li>5. kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi tolerasnsi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor TTV</li> </ul> <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasilitasi aktivitas mobilisasi dengn alat bantu</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</li> </ul> <p>E :</p>

			<p>7. Jelaskan tujuan mobilisasi</p> <p>8. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kenyamanan meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah menurun</li> <li>2. Kesulitan tidur menurun</li> <li>3. kebisingan menurun</li> <li>4. keluhan panas menurun</li> <li>5. Suhu ruangan membaik</li> </ol>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>- Identifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur</li> </ul> <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan</li> <li>- Fasilitas menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>- Sesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga</li> </ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup</li> <li>- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.</li> </ul>
5.	Gangguan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Agen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan luka membaik.</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)</li> </ul>

	Pencedera Fisik	<p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun : 5</li> <li>2. Kerusakan jaringan kulit menurun : 5</li> <li>3. Nyeri : menurun 5</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi T :</li> <li>- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>- Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>- Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>- Berikan salep ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>- Ganti balutan sesuai jenis jumlah eksudat dan drainase</li> <li>- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>- Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kg BB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kg BB/hari</li> <li>- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis, vit A, vit C, Zink, asam amino) sesuai indikasi</li> <li>- Berikan terapi Tens (Stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu</li> </ul>
--	-----------------	---	---

			<p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi prosedur debridement (mis, enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian antibiotik, bila perlu</li> </ul>
--	--	--	--

#### 2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan rencana keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi. Penatalaksanaan nyeri adalah pengurangan nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien. Penatalaksanaan tersebut terdiri dari dua tipe dasar tindakan keperawatan yaitu farmakologi dan nonfarmakologi (Kozier et al., 2010). Tindakan- tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi ini akan mengacu pada SIKI yang telah dibuat pada rencana keperawatan.

#### 2.4.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah, ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan pasien

menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier et al., 2010). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjektif, objektif, assesment, planning*). Adapun komponen SOAP yaitu S (*subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan, O (*objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan, A (*assesment*) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif, P (*planing*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Dermawan, 2012). Evaluasi terhadap masalah keperawatan nyeri akut pada pasien apendiktomi mengacu pada rumusan tujuan dalam rencana keperawatan, yang mencakup aspek waktu dan kriteria hasil. Aspek waktu menjadi pedoman kapan harus dievaluasi dan aspek kriteria hasil sebagai pedoman apakah tujuan yang direncanakan berhasil atau tidak.

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

#### **3.1 PENGKAJIAN**

##### **3.1.1 IDENTITAS KLIEN**

Nama	: Ny. N
Tempat Tgl Lahir	: Muara Bungo, 06 Agustus 2000
Umur	: 20 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Belum Kawin
Agama	: Islam
Suku	: Melayu
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	:
Alamat	: Dusun Manggis
Tanggal Pengkajian	: 28 Agustus 2020
Sumber Informasi	: Klien, keluarga dan Status Klien
Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (Orang tua, /wali,dll)	
Nama	: Tn. S
Umur	: 43 tahun
Pekerjaan	: Tani
Alamat	: Dusun Manggis
Hubungan dg Klien	: Orang tua klien

##### **3.1.2 STATUS KESEHATAN SAAT INI**

###### **3.1.2.1 Keluhan Utama**

Klien mengatakan nyeri pada luka post appendektomi

###### **3.1.2.2 Keluhan Saat Ini**

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Agustus 2020 pada pukul 14.30 WIB, klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, klien mengatakan nyeri semakin terasa apabila bergerak, klien

mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri, klien mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri, klien mengatakan sulit untuk memulai tidur karena kepanasan dan bising orang menjenguk, klien mengatakan control ke puskesmas dan minum obat dari RS, klien tampak meringis saat bergerak, klien tampak gelisah, klien tampak takut untuk bergerak, klien tampak lemah, klien tampak berkeringat dan berkipas-kipas, aktivitas klien dibantu keluarga, ruangan terasa panas. Dari hasil pemeriksaan didapatkan skala nyeri : 4, panjang luka  $\pm 10$  cm, kulit sekitar luka post op berwarna merah, luka tampak dibalut kassa, keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmetis.

TTV TD : 130 / 80 mmhg

Nadi : 87  $\times$ /menit

P : 22  $\times$ /menit

S : 37,5  $\square$  C

PQRST

P : Luka post appendiktomi

Q : Nyeri seperti tersayat

R : Perut kanan bawah

S : 3-4

T : hilang timbul

### 3.1.2.3 Faktor Pencetus

Yang menjadi faktor pencetus klien menderita appendicitis adalah pola makan klien yang tidak baik dan factor pencetus nyeri adalah post appendiktomi

### 3.1.2.4 Lama Keluhan

Klien mengatakan lama keluhan nyeri dirasakan  $\pm 5$  menit.

### 3.1.2.5 Timbulnya Keluhan

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan timbul secara bertahap dan frekuensi nyeri hilang timbul

### 3.1.2.6 Faktor Yang Memperberat

Klien mengatakan tidak tahu faktor yang memperberat penyakitnya, hanya saja klien mengeluh nyeri setiap bergerak atau beraktivitas.

3.1.2.7 Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasinya Sendiri :

Klien mengatakan mengatasi dengan obat penghilang rasa nyeri

3.1.2.8 Diagnosa Medic

Post appendiktomi

**3.1.3 RIWAYAT KESEHATAN DAHULU**

3.1.3.1 Penyakit yang pernah dialami

Ibu klien juga mengatakan bahwa anaknya tidak memiliki riwayat penyakit berat dan tidak ada riwayat kecelakaan.

3.1.3.2 Alergi

Ibu klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan.

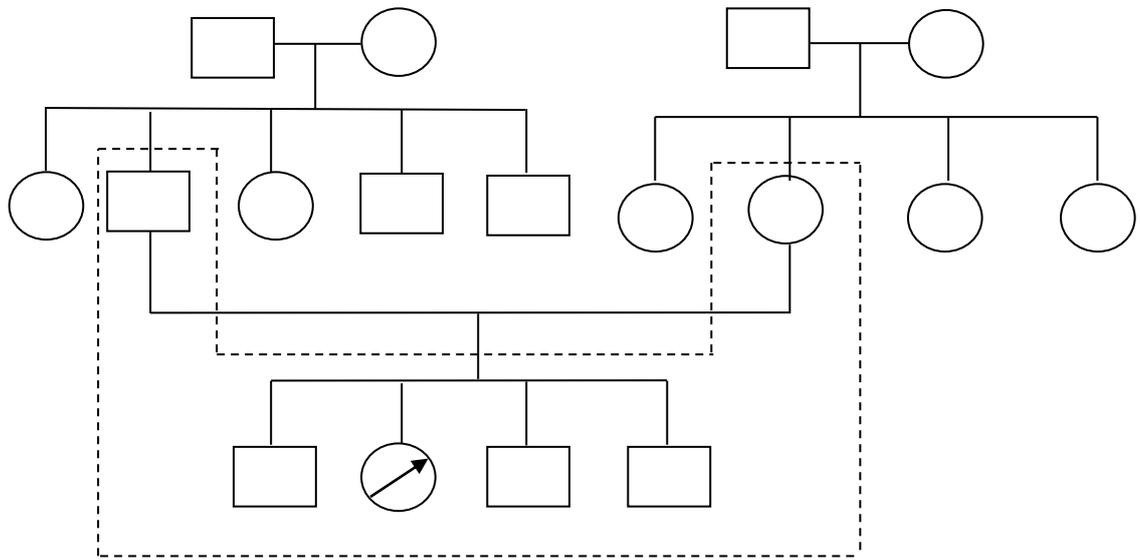
3.1.3.3 Kebiasaan merokok/ kopi/ teh/ obat-obatan/ alkohol/ lain-lain ibu

klien mengatakan klien tidak memiliki kebiasaan merokok, dan juga tidak memiliki kebiasaan minum kopi atau teh.

**3.1.4 RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**

3.1.4.1 Ibu klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit berat dan penyakit menular.

### 3.1.4.2 Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

↗ : Klien

--- : Tinggal serumah

Klien merupakan anak kedua dari empat bersaudara, saudara klien ada 3 orang, klien tinggal serumah dengan orang tua dan adik-adiknya.

### 3.1.5 DATA AKTIFITAS SEHARI-HARI

**TABEL 3.1 (Data Aktivitas Sehari-hari)**

Aktivitas	Dirumah	Dirumah Sakit
<b>Pola Nutrisi Dan Cairan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi makan : 3x sehari</li> <li>• Intake cairan : minum rutin</li> <li>• Diet : Makanan biasa</li> <li>• Makanan dan minuman yang disukai : makanan pedas, makanan cepat saji, jajanan.</li> <li>• Makanan dan minuman yang tidak disukai : sayuran</li> <li>• Makanan pantangan               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Nafsu makan : baik</li> <li>➢ Perubahan BB 3 bulan terakhir : tidak ada</li> <li>➢ Keluhan yang dirasakan/kelainan yang dirasakan : tidak ada</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi makan : 3x sehari</li> <li>• Intake cairan : infus, minum biasa</li> <li>• Diet : Makanan Lunak</li> <li>• Makanan dan minuman yang disukai : Tidak ada</li> <li>• Makanan dan minuman yang tidak disukai : Makanan RS bubur/ML</li> <li>• Makanan pantangan               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nafsu makan : baik</li> <li>• Perubahan bb 3 bulan terakhir : tidak ada</li> <li>• Keluhan yang dirasakan/kelainan yang dirasakan : tidak ada</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pola Eliminasi</b>	<p style="text-align: center;"><b>BAB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi : 1x sehari</li> <li>• Penggunaan pencahar : tidak ada</li> <li>• Waktu : pagi</li> <li>• Warna : kuning</li> <li>• Konsistensi : lunak</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>BAB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi : 1 kali sehari</li> <li>• Penggunaan pencahar : tidak ada</li> <li>• Waktu : pagi hari</li> <li>• Warna : kuning</li> <li>• Konsistensi : lembek</li> </ul>

	BAK	BAK
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi : 3-4 sehari</li> <li>• Warna : kuning jernih</li> <li>• Bau : khas</li> <li>• Output : ± 1000 ml</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi : 4-5 kali sehari</li> <li>• Warna : kuning jernih</li> <li>• Bau : khas</li> <li>• Output : ± 1000cc</li> </ul>
<b>Pola Tidur Dan Istirahat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu tidur (hari) : 2 kali</li> <li>• Lama/hari : ± 6 jam/hari</li> <li>• Kebiasaan pengantar tidur : tidak ada</li> <li>• Kesulitan dalam tidur : terbangun karna nyeri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu tidur (hari) : 1 kali</li> <li>• Lama/hari : ± 5 jam/hari</li> <li>• Kebiasaan pengantar tidur : tidak ada</li> <li>• Kesulitan dalam tidur : lingkungan berisik</li> </ul>

### 3.1.6 Pola aktivitas dan latihan

#### 3.1.6.1 Aktivitas dan latihan

- a. Kegiatan dalam pekerjaan : pekerjaan rumah
- b. Olah raga : tidak ada
- c. Kegiatan diwaktu luang : berkumpul dengan keluarga
- d. Kesulitan/keluhan dalam hal :
  - Pergerakan tubuh
  - Mandi

#### 3.1.6.2 Pola bekerja

Klien seorang mahasiswi di salah satu perguruan tinggi swasta di kota Bungo. Klien belum bekerja dan hanya melakukan pekerjaan rumah seperti anak lain pada umumnya.

### 3.1.7 DATA LINGKUNGAN

- Kebersihan :
  - Lingkungan tempat tinggal klien bersih dan rapi
- Bahaya :
  - Klien mengatakan selama ini lingkungan tempat ia tinggal aman dan tidak ada bahaya hanya saja ia tinggal di pinggir jalan.
- Polusi :
  - Klien mengatakan disekitar tempat tinggalnya tidak ada polusi dari pabrik, polusi hanya berasal dari asap kendaraan, asap dari pembakaran sampah, dan asap rokok.

### 3.1.8 DATA PSIKOSOSIAL

1. Pola pikir dan persepsi
  - a. Alat bantu yang digunakan :
    - Klien mengatakan ia tidak menggunakan alat bantu apapun.
  - b. Kesulitan yang dialami :

- Klien mengatakan ia hanya kesulitan dalam bergerak karena nyeri dan sulit untuk tidur dengan nyaman.

## 2. Persepsi diri

- Hal yang dipikirkan saat ini : klien hanya memikirkan tentang kesembuhannya.
- Harapan setelah menjalani perawatan : klien berharap segera sembuh
- Perubahan yang dirasakan setelah sakit : klien merasa semangat
- Kesan terhadap perawat : klien merasa perawat adalah sosok yang baik serta care.

## 3. Suasana hati :

- Klien mengatakan lega setelah operasi yang dilakukan berjalan dengan lancar.  
Rentang perhatian :
- Klien sangat memperhatikan tentang sakitnya dan berharap segera sembuh.

## 4. Hubungan komunikasi

### a. Bicara

Bahasa utama yang digunakan adalah bahasa melayu/daerah orientasi pasien terhadap orang, tempat dan waktu baik, klien dapat mengenali setiap orang yang datang mengunjunginya dan klien bisa menyebutkan tanggal dan hari apa sekarang.

### b. Tempat tinggal :

Klien tinggal dirumah sendiri beserta orangtua dan adik-adiknya.

### c. Kehidupan keluarga

Adat istiadat yang dianut klien adalah adat dusun .dalam pembuatan keputusan didalamnya keluarga dilakukan dengan cara musyawarah. Pola komunikasi terjadi dengan baik.

### d. Kesulitan dalam keluarga

Tidak ada masalah selama ini, hubungan dengan keluarga terjalin dengan baik dibuktikan dengan adanya keluarga menjenguk selama dirawat dirumah

5. Kebiasaan seksual
6. Pertahanan koping
  - a. Pengambilan keputusan  
Pengambilan keputusan dilakuakn oleh orang tua serta keluarga.
  - b. Yang disukai tentang diri sendiri:  
Klien merasa bangga sebagai anak yang berbakti pada orang tua dan menjadi kakak/adik buat keluarganya.
  - c. Yang ingin dirubah dari kehidupan :  
Tidak ada karna menurut klien semua yang dialaminya adalah kehendak Allah SWT
  - d. Yang dilakukan klien jika stres :  
Mencari pemecahan masalah dan mencari pertolongan pada keluarganya.
7. Sistem nilai kepercayaan
  - a. Siapa/apa sumber kepercayaan : Tuhan Yang Maha Esa
  - b. Apakah tuhan, agama, kepercayaan penting untuk anda :  
Iya
  - c. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan : sholat 5 waktu serta ibadah lainnya
  - d. Kegiatan agama yang dilakukan di rumah sakit : berdoa.

### **3.1.9 PENGKAJIAN FISIK**

- a. Pengkajian fisik umum
  - 1) Tingkat kesadaran : kompos mentis ges 15 ( E4,M6,V5)
  - 2) keadan umum : Baik
  - 3) TTV : TD : 130 / 80 mmhg  
Nadi : 87 ×/menit  
P : 22×/menit  
S : 36,5 □ C
  - 4) BB/TB : 46 kg/152cm IMT ideal

b. Pemeriksaan head to toe

1. Kepala

Bentuk kepala bulat simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan pada kepala, rambut panjang ikal, kulit kepala bersih, tidak ada keluhan pusing, dan tidak ada masalah pada kepala.

2. Mata

Pupil kiri dan kanan sama besar, reflek pupil terhadap cahaya baik, kantong mata berwarna kehitaman seperti mata panda, konjuktiva tidak anemis, sclera berwarna putih, fungsi penglihatan normal, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

3. Hidung

Klien tidak ada alergi terhadap debu, tidak ada nyeri tekan pada sinus, tidak ada perdarahan, hidung bersih, dan tidak ada keluhan pada hidung.

5. Mulut dan tenggorokan

Gigi klien lengkap, tidak ada caries, tidak ada gangguan bersuara, lidah dan gigi bersih, mukosa bibir agak kering.

6. Leher

Leher klien normal dan dapat tidak ada luka, lesi dan nyeri tekan. Klien dapat menoleh ke kanan dan ke kiri dengan normal.

7. Dada/pernafasan

Inspeksi : Bentuk dada barrel chest, frekuensi nafas 22x/menit, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan,

Palpasi : Pada thorak kiri dan kanan getarannya sama kuat, tidak ada kelainan.

Perkusi : Suara resonan (sonor)

Auskultasi : Suara napas vesikuler, irama napas normal, tidak ada suara napas tambahan.

8. Kardiovaskuler

Inspeksi : Ictus cordis pada ics v pada linea midclavicula kiri, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada edema.

Palpasi : Nadi 87x/menit capillary refill 2 detik.

Perkusi : batas jantung jelas, tidak ada pembesaran jantung.

Auskultasi : Bunyi jantung suara 1 tunggal dan suara 2 tunggal dan tidak terdengar mur-mur.

#### 9. Abdomen

Inspeksi :

Permukaan abdomen simetris antara kiri dan kanan, kulit bersih, ada luka bekas operasi di perut kanan bawah, panjang luka  $\pm 10$ cm, kedalaman luka  $\pm 3$ cm, luka dibalut kassa.

Auskultasi : bising usus 10x/menit

Perkusi : Keempat kuadran abdomen didapatkan suara timpani.

Palpasi : Ada nyeri tekan disekitar post op dan karakter nyeri seperti tersayat.

#### 10. Genetalia

Tidak dikaji

#### 11. Ekstremitas

Fungsi ekstremitas atas dan bawah normal dapat berfungsi dengan baik, tidak terdapat edema, tidak menggunakan alat bantu gerak. Kulit sekitar luka post op terlihat merah, Turgor kulit baik, tidak ada cyanosis, warna kulit sawo matang, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ , suhu kulit teraba sejuk

5	5
5	5

#### 12. Neurologis

GCS : 15, fungsi syaraf sensorik pada system somatosensorik berfungsi dengan baik di buktikan dengan masih merasakan rangsang nyeri pada luka post op.

### 3.1.10 HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Tidak ada, pasien sudah di rumah.

### 3.1.11 PENGOBATAN

- Ampicillin 500 Mg / 2 kali sehari via oral
- Dexametopreofen Trometamol 25 Mg / 2 kali sehari via oral

- Dexamethasone 0.5 Mg / 1 kali sehari

### **3.1.12 DATA FOKUS**

#### 3.1.12.1 Data Subjektif

- Klien mengatakan sulit untuk memulai tidur karena kepanasan dan bising
- Klien mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri
- Klien mengatakan nyeri semakin terasa apabila bergerak
- Klien mengatakan takut bergerak karena nyeri
- Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga
- Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi
- Klien mengatakan nyeri semakin terasa apabila bergerak

#### 3.1.12.2 Data Objektif

- TTV TD : 130/80mmHg, HR : 87x/menit, RR : 22x/menit, Suhu : 36,8<sup>0</sup>C
- Ampicillin 500 Mg / 2 kali sehari via oral
- Dexketoprofen Trometamol 25 Mg / 2 kali sehari via oral
- Dexamethasone 0.5 Mg / 1 kali sehari
- Skala nyeri 4
- Klien tampak meringis
- Klien tampak gelisah atau lasak
- Klien tampak takut bergerak
- Tampak luka post operasi di perut kanan bawah
- Luka dibalut dengan kassa
- Aktivitas klien dibantu keluarga
- Klien tampak meringis saat bergerak
- Frekuensi tidur ±5 jam
- Mata klien tampak seperti mata panda ada lingkaran hitam
- Klien tampak berkipas-kipas
- Klien tampak berkeringat
- Lingkungan bising
- Ruangan panas

### ANALISA DATA

Nama : Ny. N No. RM :

Umur : 20 tahun Ruangan :

**Tabel 3.2 (Analisa Data)**

No.	Data	Problem	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> <li>- Klien mengatakan nyeri semakin terasa apabila bergerak</li> <li>- Klien mengatakan nyeri seperti tersayat</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- Tampak luka post op</li> <li>- Panjang luka ±10cm</li> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 120/80mmHg            HR : 90x/menit            RR : 20x/menit            Suhu : 36,8<sup>0</sup>C</p>	Nyeri akut	<p>Agen pencedera fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tindakan pembedahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ujung saraf bebas teransang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Diteruskan ke medulla spinalis</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> <li>- Klien mengatakan kulit sekitar luka merah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi pada perut kanan bawah</li> <li>- Luka tertutup kassa steril</li> <li>- Kulit sekitar post op merah</li> </ul>	Resiko Infeksi	<p>Efek prosedur invasif</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Adanya luka insisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Post dentry kuman</p>

3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan hanya sedikit bergerak</li> <li>- Klien mengatakan takut bergerak karena nyeri</li> <li>- Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak takut bergerak</li> <li>- Aktivitas klien dibantu keluarga</li> <li>- Klien tampak meringis saat bergerak</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> </ul>	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Tindakan pembedahan ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan  Nyeri ↓ Takut bergerak ↓ Pergerakan menurun</p>
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit untuk memulai tidur karena kepanasan dan bising</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Frekuensi tidur ±5 jam</li> <li>- Mata klien tampak seperti mata panda ada lingkaran hitam</li> <li>- Klien tampak berkeringat dan berkipas-kipas</li> <li>- Ruangan panas</li> </ul>	Gangguan pola tidur	<p>Tindakan pembedahan ↓ Trauma jaringan kulit ↓ Nyeri ↓ Hambatan lingkungan ↓ Pola tidur terganggu</p>
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan luka pada perut kanan bawah</li> <li>- Klien mengatakan luka terasa nyeri</li> <li>- Klien mengatakan panjang luka ± 10 cm</li> <li>- Klien mengatakan luka terasa panas</li> <li>- Klien mengatakan luka memerah</li> <li>- Klien Mengatakan luka dibalut kassa</li> </ul> <p>DO :</p>	Gangguan Integritas Kulit	Agen Pencedera Fisik

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Tampak luka ± 10 cm</li> <li>- Luka tampak terbalut kassa</li> <li>- Luka tamoak memerah</li> <li>- TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 120/80mmHg</li> <li>HR : 90x/menit</li> <li>RR : 20x/menit</li> <li>Suhu : 36,8<sup>0</sup>C</li> </ul> </li> </ul>		
--	---	--	--

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan skala nyeri 3-4, klien tampak meringis.
2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (insisi bedah pada perut)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan aktivitas klien dibantu keluarga, dan klien mengatakan ia takut bergerak karena nyeri.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan frekuensi tidur ±5 jam, lingkungan panas, dan klien mengatakan kesulitan memulai tidur, dan klien mengatakan sering terbangun saat tidur.
5. Gangguan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Nama : Ny. N

No. RM :

Umur : 20 tahun

Ruangan :

**Tabel 3.3 (Intervensi Keperawatan)**

No.	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Tanda vital membaik 4. Kesulitan tidur menurun	O : - Identifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat nyeri T : - Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi benson) - Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur E : - Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi benson) K : - Kolaborasi dalam pemberian analgetik
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kontrol resiko infeksi meningkat.	O : - Monitor tanda dan gejala infeksi T :

	invasive	<p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan perubahan status kesehatan meningkat</li> <li>2. kemampuan mengenal tanda infeksi meningkat</li> <li>3. Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko meningkat</li> <li>4. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Berikan perawatan luka dan ganti perban</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> <li>- Pertahankan tehnik aseptik</li> </ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>- Jelaskan tanda infeksi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian antibiotic</li> </ul>
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pergerakan meningkat</li> <li>2. rentang gerak meningkat</li> <li>3. nyeri menurun</li> <li>4. gerakan terbatas menurun</li> <li>5. kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi tolerasnsi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor TTV</li> </ul> <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasilitasi aktivitas mobilisasi dengn alat bantu</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam</li> </ul>

			<p>melakukan pergerakan</p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kenyamanan meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah menurun</li> <li>2. Kesulitan tidur menurun</li> <li>3. kebisingan menurun</li> <li>4. keluhan panas menurun</li> <li>5. Suhu ruangan membaik</li> </ol>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>- Identifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur</li> </ul> <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan</li> <li>- Fasilitas menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>- Sesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga</li> </ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup</li> <li>- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ul>
5.	Gangguan Integritas Kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka</li> </ul>

	<p>Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik</p>	<p>jam diharapkan luka membaik.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun : 5</li> <li>2. Kerusakan jaringan kulit menurun : 5</li> <li>3. Nyeri : menurun 5</li> </ol>	<p>(drainase, warna, ukuran, bau)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>- Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>- Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>- Berikan salep ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan teknik steril saat melakuka perawatan luka</li> <li>- Ganti balutan sesuai jenis jumlah eksudat dan drainase</li> <li>- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>- Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kg BB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kg BB/hari</li> <li>- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis, vit A, vit C, Zink, asam amino) sesuai indikasi</li> <li>- Berikan terapi Tens</li> </ul>
--	--	---	---

			<p>(Stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu</p> <p><b>E :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> <p><b>K :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi prosedur debridement (mis, enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian antibiotik, bila perlu</li> </ul>
--	--	--	--

### 3.4 Implementasi Keperawatan

Nama : Ny. N

No. RM :

Hari : Ju'mat

Ruangan :

**Tabel 3.4 (Implementasi dan Evaluasi Keperawatan)**

No	Diagnosa	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Jumat 29 Agustus 2020  15:30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri pada luka post op diperut kanan bawah</li> <li>- Lama nyeri ±5 menit</li> <li>- Nyeri hilang timbul</li> </ul> </li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 4</li> </ul> </li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri semakin terasa apabila bergerak</li> </ul> </li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> <li>- Klien mengatakan nyeri makin parah apabila dibawa bergerak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 78x/menit</li> <li>- Pernafasan: 20x/menit</li> <li>- Suhu : 37 °C</li> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- Klien tampak melakukan teknik terapi relaksasi benson</li> </ul>	

			<p>5. Mengajarkan tehnik nonfarmakologi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan tehnik terapi relaksasi benson</li> <li>- Prosedur terapi relaksasi benson yaitu Usahakan situasi ruangan atau lingkungan tenang , atur posisi nyaman. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus. Kemudian Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala. Kemudian Atur nafas kemudian mulailah</li> </ul>	<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri</li> <li>4. Mengajarkan tehnik nonfarmakologi terapi relaksasi benson</li> <li>5. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik</li> </ol>	
--	--	--	---	---	--

			<p>menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih. Dan terakhir Pertahankan sikap pasif.</p> <p>6. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik Dexketoprofen Trometamol 25 Mg</p>		
2.	Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif	Jumat 29 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi</li> </ul> </li> <li>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> <li>3. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan klien dan keluarga</li> </ul> </li> </ol>	<p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 76x/menit</li> <li>- Pernafasan: 20x/menit</li> </ul>	

			<p>cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>4. Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic ampicillin 500 mg</p>	<p>- Suhu : 37<sup>0</sup>C</p> <p>- Skala nyeri 4</p> <p>- Terdapat luka operasi pada perut klien</p> <p>- Luka tertutup kassa</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> <li>3. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>4. Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic</li> </ol>	
3.	Gangguan mobilitas	Jumat 29 Agustus	1. Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan takut bergerak</p>	

	fisik berhubungan dengan nyeri	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri pada luka post operasi</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memonitor TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 76x/menit</li> <li>- Pernafasan: 20x/menit</li> <li>- Suhu : 37<sup>0</sup>C</li> </ul> </li> <li>3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</li> <li>4. Menjelaskan tujuan mobilisasi</li> <li>5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggerakan kaki dan tangan</li> <li>- Miring kiri dan kanan</li> <li>- Berjalan ke kamar mandi</li> </ul> </li> </ol>	<p>karena nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 76x/menit</li> <li>- Pernafasan: 20x/menit</li> <li>- Suhu : 37<sup>0</sup>C</li> <li>- Aktivitas dibantu keluarga</li> <li>- Klien tampak meringis saat bergerak</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (2,3,5,6)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV</li> <li>2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Menganjurkan melakukan</li> </ol>	
--	--------------------------------------	------	--	--	--

				<p>mobilisasi dini</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>	
4.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan</p>	<p>Jumat 29 Agustus 2020</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri</li> <li>- Kepanasan</li> <li>- Kebisingan</li> </ul> </li> <li>2. Mengidentifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada</li> </ul> </li> <li>3. Memodifikasi lingkungan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuka jendela</li> <li>- Membatasi kunjungan</li> </ul> </li> <li>4. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga</li> <li>5. Menganjurkan menepati kebiasaan sebelum tidur</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit untuk memulai tidur karena kepanasan</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 76x/menit</li> <li>- Pernafasan: 20x/menit</li> <li>- Suhu : 37<sup>0</sup>C</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Mata klien mata panda</li> <li>- Klien tampak kepanasan</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p>	

				Intervensi dilanjutkan 1. Memodifikasi lingkungan 2. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga	
5	Gangguan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik	Jumat 29 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Memantau tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan dengan cairan NACL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>6. Memasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>7. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>9. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lukanya masih terasa nyeri</li> <li>- klien mengatakan lukanya masih terasa panas</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- luka tampak memerah</li> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 78x/menit</li> <li>- Pernafasan: 20x/menit</li> <li>- Suhu : 37 °C</li> <li>- Skala nyeri 4</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>	

			10. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 11. Berkolaborasi pemberian antibiotik	P : Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6,7,10,11)	
--	--	--	--	--	--

Nama : Ny. N

No. RM :

Hari : Sabtu

Ruangan :

No	Diagnosa	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Sabtu 30 Agustus 2020  14:20	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri 7. Nyeri pada luka post op diperut kanan bawah 8. Lama nyeri 1-2 menit 9. Nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri 10. Skala nyeri 3 3. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri 4. Mengajarkan tehnik nonfarmakologi - Mengajarkan tehnik relaksasi benson	S : - Klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi O : - TD : 110/80mmHg - Nadi : 80x/menit - Pernafasan: 18x/menit - Suhu : 36,5 °C - Skala nyeri 3 - Klien tampak meringis bila bergerak - Klien melakukan tehnik relaksasi benson	

			5. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik Dexketoprofen Trometamol 25 Mg	<p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri</li> <li>4. Mengajarkan tehnik nonfarmakologi teknik relaksasi benson</li> <li>5. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik Dexketoprofen Trometamol 25 Mg</li> </ol>	
2.	Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur	Sabtu 30 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi</li> </ul> </li> <li>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> </ol>	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi</p> <p>O :</p>	

	invasif		<p>3. Mempertahankan tehnik aseptik</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul> <p>5. Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic ampicillin 500 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 110/80mmHg</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>- Pernafasan: 18x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> <li>- Skala nyeri 3</li> <li>- Terdapat luka post operasi pada perut kanan bawah</li> <li>- Luka tertutup kassa steril</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> <li>3. Melakukan perawatan luka dan mengganti perban</li> <li>4. Mempertahankan tehnik aseptik</li> </ol>	
--	---------	--	---	---	--

				<p>5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>6. Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic ampicillin 500 mg</p>	
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Sabtu 30 Agustus 2020	<p>1. Memonitor TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 110/80mmHg</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>- Pernafasan: 18x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> </ul> <p>2. Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak</p> <p>3. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miring kiri dan kanan</li> <li>- Belajar duduk, jika sudah bisa duduk belajar turun dari tempat tidur</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa bergerak seperti duduk ditempat tidur walaupun masih nyeri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 110/80mmHg</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>- Pernafasan: 18x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> <li>- Klien tampak bisa duduk ditempat tidur</li> <li>- Makan dan buang air dibantu keluarga</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>	

				<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV</li> <li>2. Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak</li> <li>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>	
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Sabtu 30 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memodifikasi lingkungan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuka jendela</li> <li>- Membatasi kunjungan</li> </ul> </li> <li>2. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak</li> <li>- Klien mengatakan sudah tidak sering terbangun saat tidur</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tidur nyenyak</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	

5.	Gangguan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik	Sabtu 30 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Memantau tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan dengan cairan NACL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>6. Memasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>7. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> <li>9. Berkolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lukanya masih terasa nyeri</li> <li>- Klien mengatakan lukanya bersih</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- luka tampak bersih</li> <li>- TD : 110/80mmHg</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>- Pernafasan: 18x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> <li>- Skala nyeri 3</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (1,2, 9)</p>	
----	---	-----------------------	---	--	--

Nama : Ny. N

No. RM :

Hari : Minggu

Ruangan :

No	Diagnosa	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Minggu 31 Agustus 2020  14:30	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri - Nyeri pada luka post op diperut kanan bawah - Lama nyeri <1 menit 2. Mengidentifikasi skala nyeri Skala nyeri 3 3. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri 4. Mengajarkan tehnik nonfarmakologi 5. Mengajarkan tehnik relaksasi benson 6. Berkolaborasi dalam pemberian Dexketoprofen Trometamol 25 Mg	S : - Klien mengatakan masih terasa nyeri sediki pada luka post operasi apabila bergerak - Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas sendiri - Klien mengatakan melakukan teknik relaksasi benson O : - TD : 120/80mmHg - Nadi : 80x/menit - Pernafasan: 20x/menit - Suhu : 36 <sup>0</sup> C - Skala nyeri 2 - Klien tampak melakukan teknik relaksasi benson	

				<p>- Klien tampak rileks</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
2.	Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif	Minggu 31 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi</li> </ul> </li> <li>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien</li> <li>3. Melakukan perawatan luka dan mengganti perban <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka bersih dan tidak ada nanah maupun pembengkakan</li> </ul> </li> <li>4. Mempertahankan tehnik aseptik</li> <li>7. Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic ampicillin 500 mg</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak ada terasa panas pada luka dan klien mengatakan nyeri semakin berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>- Pernafasan: 20x/menit</li> <li>- Suhu : 36<sup>0</sup>C</li> <li>- Skala nyeri 2</li> <li>- Tidak ada tanda infeksi</li> <li>- Luka bersih dan tertutup kassa steril</li> </ul> <p>A :</p>	

				Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Minggu 31 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>- Pernafasan: 20x/menit</li> <li>- Suhu : 36<sup>0</sup>C</li> </ul> </li> <li>2. Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak</li> <li>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sudah bisa berjalan sendiri</li> </ul> </li> </ol>	S : - Klien mengatakan sudah bisa berjalan sendiri O : - TD : 120/80mmHg - Nadi : 80x/menit - Pernafasan: 20x/menit - Suhu : 36 <sup>0</sup> C - Klien tampak bergerak tanpa bantuan A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
5.	Gangguan	Minggu 31	1. Memantau karakteristik luka (drainase,	S :	

	<p>Intefritas Kulit Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik</p>	<p>Agustus 2020</p>	<p>warna, ukuran, bau)  2. Memantau tanda-tanda infeksi  3. Bekerjasama pemberian antibiotik</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri sudah hilang</li> <li>- Klien mengatakan lukanya bersih dan bagus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak rileks</li> <li>- luka tampak bersih</li> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>- Pernafasan: 18x/menit</li> <li>- Suhu : 36, °C</li> <li>- Skala nyeri 2</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
--	---	---------------------	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan melihat apakah asuhan yang telah diberikan pada Ny. N dengan diagnosa Post Appendiktomi di wilayah kerja Puskesmas Muara Bungo 1. Pembahasan ini dibuat berdasarkan teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan proses manajemen keperawatan. Dalam hal ini kami akan membahas melalui tahapan-tahapan proses keparawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian yang dilakukan pada tanggal 29 September 2020 di rumah pasien, pengumpulan data ini dilakukan dalam bentuk wawancara langsung kepada pasien dan keluarga. Dari hasil pengumpulan data, selanjutnya penulis merumuskan masalah keperawatan yang timbul pada pasien dan merencanakan intervensi serta implementasi sesuai dengan masalah keperawatan yang ditemukan.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini, penulis hanya melakukan 3 kali intervensi dikarenakan kendala jarak dan waktu. Selama dilakukan intervensi pasien selalu di dampingi oleh keluarga.

Hasil dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien dengan post appendiktomi selama 3 hari didapatkan hasil yang baik, dimana nyeri luka pada pasien berkurang, dan masalah-masalah yang lain dapat teratasi dengan baik. Dari teori yang telah dijadikan landasan dalam melakukan asuhan keperawatan dan di terapkan langsung kepada pasien didapatkan hasil yang sama, dimana intensitas nyeri dapat berkurang. Dilihat dari turunnya intensitas nyeri dan dilihat dari respon subjektif maupun respon objektif dari pasien.

Appendiktomi adalah suatu cara pengobatan melalui prosedur invasive dan hanya untuk penyakit apendisitis. Appendiktomi dapat dilakukan dengan sesegera mungkin agar dapat menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Marijata dalam Pristahayuningtyas, tahun 2015).

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang bagaimana tingkat keparahan nyeri yang dirasakan oleh seorang individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama

dirasakan sangat berbeda oleh kedua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah dengan menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Mubarak et al., 2015).

Relaksasi Benson merupakan suatu teknik relaksasi yang menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Pada teknik relaksasi benson ada beberapa penambahan unsur keyakinan yang dibuat dalam bentuk kata-kata yang merupakan cerminan rasa cemas yang sedang pasien alami. Keunggulan lain dari teknik relaksasi benson ini jika dibandingkan dengan teknik-teknik yang lainnya ialah selain lebih mudah dilakukan dan tidak ada efek samping apapun (Solehati & Kosasih, 2015).

Hasil penelitian Manurung pada tahun 2019 tentang Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap penurunan Skala Nyeri Post Appendektomi di RSUD Porsea didapatkan hasil antara lain analisa uji  $t$  pre eksperimen dan post eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p=0.000$ , yang berarti nilai  $p < 0.05$  maka bisa disimpulkan ada perbedaan-perbedaan pada skala nyeri post Appendektomy di RSUD Porsea setelah dilakukan Teknik Relaksasi Benson.

Disini penulis berasumsi bahwa terapi relaksasi benson dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi pada manajemen nyeri, karna dari beberapa penelitian dan studi kasus yang telah dilakukan didapatkan hasil yang efektif, termasuk penulis sendiri yang sudah melakukan intervensi secara langsung kepada pasien dengan post appendektomi.

Selain daripada teknik relaksasi benson, Menurut Yerby (2000); Hinchliff, Montague dan Watson (1996); Gorrie, McKinney dan Murray (1998) metode non-farmakologi untuk menurunkan nyeri yang dapat dilakukan adalah pemberian informasi, sentuhan, pijatan, sentuhan *therapeutik*, *guide imagery*, relaksasi, hipnosis, *hidrotheraphy*, *accupressure*, *acupunctur*, aroma terapi, *transcutaneus electrical nervus stimulatio*, dukungan emosi, sehingga rasa cemas dan tegang serta nyeri yang dirasakan klien akan berkurang.

#### 4.1 Pengkajian Data dan Analisa Data Dasar

Menurut Muttaqin (2008) pengkajian adalah tahap awal dari yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Agustus 2020 pukul 14.30 WIB, pengkajian dilakukan dengan metode *allowanamnesa* dan *autoanamnesa*, dimulai dari biodata klien, riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional kesehatan, pemeriksaan fisik head to toe, dan didukung hasil laboratorium, hasil pemeriksaan penunjang dan terapi pengobatan.

Ny. N bertempat tinggal Di Dusun Manggis, klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, klien mengatakan nyeri semakin terasa apabila bergerak, klien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri, klien mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri, klien mengatakan sulit untuk memulai tidur karena kepanasan dan bising orang menjenguk, klien tampak meringis saat bergerak, klien tampak gelisah, klien tampak takut untuk bergerak, klien tampak lemah, klien tampak berkeringat dan berkipas-kipas, aktivitas klien dibantu keluarga, ruangan terasa panas. Dari hasil pemeriksaan didapatkan skala nyeri : 4, keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmetis.

TTV adalah sebagai berikut : TD: 120 / 80 mmhg, Nadi: 80  $\times$ /menit P :20  $\times$ /menit S : 37,5  $\square$  C

PQRST : P : Luka post appendiktomi, Q : Nyeri seperti tersayat, R : Perut kanan bawah, S : 3-4 , T : hilang timbul

Hal diatas, seperti riwayat, manifestasi yang terdapat dan diungkapkan oleh klien sesuai dengann teori yang ada tentang ulkus diabetikum, meski tidak semua dialami oleh klien namun hampir sebagian besar dari teori terdapat dan terjadi pada klien.

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Wijaya & Putri, 2013). Apendisitis merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran kanan bawah dari rongga abdomen dan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2013).

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang mencakup respon klien, keluarga, dan komunitas terhadap suatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses keperawatan (Deswani, 2013).

Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. Prioritas pertama pada kasus Ny. N yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan skala nyeri 3-4, klien tampak meringis.

Dalam menegakkan suatu diagnosa atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian dan Diagnosa yang diangkat oleh kelompok tidak semuanya sesuai dengan teori karena kelompok mengangkat diagnosa ini sesuai dengan kondisi klien pada saat dikaji.

Diagnosa kedua adalah Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (insisi bedah pada perut)

Diagnose ketiga adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan aktivitas klien dibantu keluarga, dan klien mengatakan ia takut bergerak karena nyeri.

Diagnose keempat adalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan frekuensi tidur  $\pm 5$  jam, lingkungan panas, dan klien mengatakan kesulitan memulai tidur, dan klien mengatakan sering terbangun saat tidur.

Diagnosa kelima adalah Gangguan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik ditandai dengan adanya bekas luka post op dan klien mengeluh nyeri.

## **4.3 Intervensi keperawatan**

Perencanaan adalah intervensi atau perencanaan keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharap dari klien, dan atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan (Deswani, 2011).

Merumuskan rencana tindakan keperawatan adalah kegiatan spesifik untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil, ada tipe rencana tindakan keperawatan yaitu observasi, terapeutik dan nursing treatment, penyuluhan atau pendidikan kesehatan, rujukan atau kolaborasi. Rasional adalah dasar pemikiran atau alasan ilmiah yang mendasari ditetapkan rencana tindakan keperawatan (Rohmah, 2012).

Rencana tindakan keperawatan untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intervensi yang akan dilakukan lebih berfokus pada teknik nonfarmakologi yaitu relaksasi benson. Prosedur terapi relaksasi benson yaitu siapkan situasi ruangan / lingkungan tenang , atur posisi nyaman. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus. Kemudian Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala. Kemudian Atur nafas kemudian mulailah menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih. Dan terakhir Pertahankan sikap pasif.

Hasil penelitian tentang Pengaruh Tehnik Relaksasi Benson Terhadap penurunan Skala Nyeri Post Appendiktomi di RSUD Porsea didapatkan hasil analisa uji  $t$  pre eksperimen dan post eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p=0.000$ , yang berarti nilai  $p < 0.05$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan perbedaan skala nyeri post Appendixotomy di RSUD Porsea setelah dilakukan Teknik Relaksasi Benson (Manurung, 2019).

Benson (2000) mengatakan, bahwa jika individu mulai merasa cemas, maka akan merangsang saraf simpatis sehingga akan memperburuk gejala-gejala kecemasan sebelumnya. Kemudian, daur kecemasan dan nyeri dimulai lagi dengan dampak negatif semakin besar terhadap pikiran dan tubuh (Solehati & Kokasih, 2015). Dari hasil penelitian yang dilakukan Roykulcharoen (2004) yang berjudul *the effect of systemic relaxation technique on postoperative pain in Thailand* menyatakan bahwa

pengurangan substansial dalam sensasi dan kesusahan sakit ditemukan saat pasien pascaoperasi dengan menggunakan relaksasi yang sistematis termasuk relaksasi Benson.

Intervensi untuk masalah Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive mengacu pada cara untuk pencegahan infeksi. Intervensi yang di berikan kepada Ny N berupa Monitor tanda dan gejala infeksi, Batasi jumlah pengunjung, Berikan perawatan luka dan ganti perban, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, Pertahankan tehnik aseptik, Anjurkan cara mencuci tangan dengan benar, Jelaskan tanda infeksi, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Dalam melaksanakan intervensi ini perawat harus melibatkan klien dalam modalitas sehingga terjadi umpan balik yang baik antara perawat dan klien.

Rencana intervensi untuk masalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu dengan Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor TTV, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, Jelaskan tujuan mobilisasi, Anjurkan melakukan mobilisasi dini, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Di samping itu perawat juga harus mampu mengajarkan tentang pengaturan aktifitas dan teknik manajemen waktu untuk mencegah terjadinya kelelahan yang dapat menghambat penyembuhan klien. Rencana intervensi untuk masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dapat dilakukan dengan cara Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi faktor pengganggu tidur, Identifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur, Modifikasi lingkungan, Fasilitas menghilangkan stress sebelum tidur, Sesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga, Jelaskan pentingnya tidur cukup, Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. Dan intervensi untuk masalah keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih

nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, Berkolaborasi pemberian antibiotik

#### **4.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tindakan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawat kepada klien sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan kriteria hasil yang ingin dicapai (Wahid, 2012).

Pada tanggal 29 Agustus 2020 pukul 15:30 dilakukan tindakan untuk diagnosa pertama untuk masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan implementasi yang dilakukan adalah Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri, Nyeri pada luka post op diperut kanan bawah, Lama nyeri  $\pm 5$  menit, Nyeri hilang timbul. Mengidentifikasi skala nyeri, Skala nyeri 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri, Nyeri semakin terasa apabila bergerak, Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, Mengajarkan tehnik nonfarmakologi, Mengajarkan tehnik terapi relaksasi benson, Berkolaborasi dalam pemberian analgetik. Prosedur terapi relaksasi benson yaitu Usahakan situasi ruangan atau lingkungan tenang , atur posisi nyaman. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus. Kemudian Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala. Kemudian Atur nafas kemudian mulailah menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih. Dan terakhir Pertahankan sikap pasif.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 pukul 14:20 dilakukan tindakan yang kedua kepada klien masih dilakukan dengan melaksanakan tindakan sesuai intervensi yaitu Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri, Nyeri pada luka post op diperut kanan bawah, Lama nyeri 1-2 menit, Nyeri hilang

timbul, Mengidentifikasi skala nyeri, Skala nyeri 3, Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, Mengajarkan tehnik nonfarmakologi, Mengajarkan tehnik relaksasi benson, Berkolaborasi dalam pemberian analgetik. Prosedur terapi relaksasi benson yaitu Usahakan situasi ruangan atau lingkungan tenang , atur posisi nyaman. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus. Kemudian Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala. Kemudian Atur nafas kemudian mulailah menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih. Dan terakhir Pertahankan sikap pasif.

Pada tanggal 31 Agustus 2020 pukul 14:30 dilakukan tindakan yang ketiga setelah dilakukan tindakan-tindakannya sebelumnya klien kini sudah tampak lebih rileks sehingga tindakan hanya berfokus pada terapi relaksasi benson untuk pengendalian nyeri.

Pada tanggal 29 Agustus 2020 untuk diagnose kedua yaitu Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif. Tindakan yang di berikan kepada Ny N berupa. Memonitor tanda dan gejala infeksi, Tidak ada tanda dan gejala infeksi, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan dengan benar, Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic.

Dalam melaksanakan intervensi ini perawat harus melibatkan klien dalam modalitas sehingga terjadi umpan balik yang baik antara perawat dan klien.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 atau hari kedua masih di lakukan tindakan yang sama dengan hari pertama, yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi, Tidak ada tanda dan gejala infeksi, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, Mempertahankan tehnik aseptik, Mengajarkan cara

mencuci tangan dengan benar, Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan dengan benar, Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic. Dalam melaksanakan intervensi ini perawat harus melibatkan klien dalam modalitas sehingga terjadi umpan balik yang baik antara perawat dan klien.

Pada tanggal 31 Agustus 2020 dilakukan tindakan yang ketiga, pada hari ketiga ini tidak banyak yang dilakukan, Memonitor tanda dan gejala infeksi, Tidak ada tanda dan gejala infeksi, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, Melakukan perawatan luka dan mengganti perban, Luka bersih dan tidak ada nanah maupun pembengkakan, Mempertahankan tehnik aseptik, Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic.

Pada tanggal 29 Agustus 2020 dilakukan tindakan keperawatan pertama pada Ny R dengan diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah . Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, Nyeri pada luka post operasi, Memonitor TTV TD : 120/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan: 20x/menit, Suhu : 36,8<sup>0</sup>C Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, Menjelaskan tujuan mobilisasi, Mengajarkan melakukan mobilisasi dini, Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, Menggerakkan kaki dan tangan, Miring kiri dan kanan, Berjalan ke kamar mandi.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 dilakukan tindakan keperawatan yang kedua pada Ny N dengan diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan masih sama dengan hari pertama yaitu Memonitor TTV TD : 110/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan: 18x/menit, Suhu : 36,5 <sup>0</sup>C, Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak, Mengajarkan melakukan mobilisasi dini, Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, Miring kiri dan kanan, Belajar duduk, jika sudah bisa duduk belajar turun dari tempat tidur.

Pada tanggal 31 Agustus 2020 dilakukan tindakan keperawatan yang kedua pada Ny N dengan diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu Memonitor TTV TD : 120/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan: 20x/menit, Suhu : 36<sup>0</sup>C,

Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak, Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, Klien sudah bisa berjalan sendiri.

Pada tanggal 29 Agustus 2020 dilakukan tindakan untuk diagnosa hari pertama untuk masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, Nyeri, Kepanasan, Kebisingan, Mengidentifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur, Memodifikasi lingkungan, Membuka jendela, Membatasi kunjungan, Menyesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga, Menganjurkan menepati kebiasaan sebelum tidur.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 dilakukan tindakan untuk diagnosa hari kedua untuk masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Tindakan keperawatan yang dilakukan Memodifikasi lingkungan, Membuka jendela, Membatasi kunjungan, Menyesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga.

Pada tanggal 29 Agustus 2020 pukul 15:30 dilakukan tindakan keperawatan pertama dengan diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan yang dilakukan antara lain Memantau karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Memantau tanda-tanda infeksi, Melepaskan balutan dan plester secara perlahan, Membersihkan dengan cairan NACL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, Membersihkan jaringan nekrotik, Memasang balutan sesuai jenis luka, Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, Berkolaborasi pemberian antibiotik.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 pukul 14:30 dilakukan tindakan keperawatan kedua dengan diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan yang dilakukan antara lain Memantau karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Memantau tanda-tanda infeksi, Melepaskan balutan dan plester secara perlahan, Membersihkan dengan cairan NACL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan,

Membersihkan jaringan nekrotik, Memasang balutan sesuai jenis luka, Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, Berkolaborasi pemberian antibiotik.

Pada tanggal 31 Agustus 2020 pukul 15:30 dilakukan tindakan keperawatan hari ketiga dengan diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan yang dilakukan antara lain Memantau karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Memantau tanda-tanda infeksi, Berkolaborasi pemberian antibiotik.

#### **4.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan metode SOAP (Wahid, 2012).

Evaluasi hari pertama dari hasil diagnosa keperawatan dari masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada 29 Agustus 2020 dengan implementasi yang sudah dilakukan berupa Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri, Nyeri pada luka post op diperut kanan bawah, Lama nyeri  $\pm 5$  menit, Nyeri hilang timbul. Mengidentifikasi skala nyeri, Skala nyeri 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri, Nyeri semakin terasa apabila bergerak, Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, Mengajarkan tehnik nonfarmakologi, Mengajarkan tehnik terapi relaksasi benson, Berkolaborasi dalam pemberian analgetik. Prosedur terapi relaksasi benson yaitu Usahakan situasi ruangan atau lingkungan tenang, atur posisi nyaman. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus. Kemudian Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala. Kemudian Atur nafas kemudian mulailah menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih. Dan terakhir Pertahankan sikap pasif. Respon

subjektif, Ny N mengatakan nyeri pada luka post operasi dan nyeri makin parah apabila dibawa bergerak.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 di lakukan evaluasi hari kedua kepada klien dengan tindakan berupa Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri, Nyeri pada luka post op diperut kanan bawah, Lama nyeri 1-2 menit, Nyeri hilang timbul, Mengidentifikasi skala nyeri, Skala nyeri 3, Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, Mengajarkan tehnik nonfarmakologi, Mengajarkan tehnik relaksasi benson, Berkolaborasi dalam pemberian analgetik. Prosedur terapi relaksasi benson yaitu Usahakan situasi ruangan atau lingkungan tenang , atur posisi nyaman. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus. Kemudian Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala. Kemudian Atur nafas kemudian mulailah menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih. Dan terakhir Pertahankan sikap pasif. Ny N mengatakan nyeri pada luka post operasi.

Pada tanggal 31 Agustus 2020 dilakukan evaluasi hari yang ketiga setelah dilakukan tindakan yang ketiga, klien kini sudah tampak lebih rileks sehingga tindakan hanya berfokus pada terapi relaksasi benson untuk pengendalian nyeri. Respon subjektif Ny N mengatakan sudah bisa beraktifitas sendiri sedangkan respon objektif Ny N tampak rileks dan nyaman.

Pada tanggal 29 Agustus 2020 untuk diagnose kedua yaitu Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive dilakukan evaluasi sesuai intervensi yang telah dilakukan yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi, Tidak ada tanda dan gejala infeksi, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan dengan benar, Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic. Dalam melaksanakan intervensi ini perawat harus

melibatkan klien dalam modalitas sehingga terjadi umpan balik yang baik antara perawat dan klien. Respon subjektif dari Ny N Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi. Sedangkan respon objektifnya yaitu Skala nyeri 3, Terdapat luka operasi pada perut klien, Luka tertutup kassa steril.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 atau hari kedua dilakukannya evaluasi setelah sebelumnya telah melakukan intervensi yang sama dengan hari pertama, yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi, Tidak ada tanda dan gejala infeksi, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, Mempertahankan tehnik aseptik, Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan dengan benar, Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic. Dalam melaksanakan intervensi ini perawat harus melibatkan klien dalam modalitas sehingga terjadi umpan balik yang baik antara perawat dan klien. Respon subjektif dari Ny N setelah dilakukan tindakan hari kedua, Ny N mengatakan Klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi, Sedangkan untuk respon objektifnya yaitu Skala nyeri 3, Terdapat luka post operasi pada perut kanan bawah, Luka tertutup kassa steril.

Pada tanggal 31 Agustus 2020 dilakukan evaluasi hari yang ketiga dengan diangnosa Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive. Sebelumnya telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi, pada hari ketiga ini tidak banyak yang dilakukan, Memonitor tanda dan gejala infeksi, Tidak ada tanda dan gejala infeksi, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, Melakukan perawatan luka dan mengganti perban, Luka bersih dan tidak ada nanah maupun pembengkakan, Mempertahankan tehnik aseptik, Berkolaborasi dalam pemberian antibiotic. Dengan respon subjektif Ny N Klien mengatakan tidak ada terasa panas pada luka dan klien mengatakan nyeri semakin berkurang dengan respon objektif Skala nyeri 2, Tidak ada tanda infeksi, Luka bersih dan tertutup kassa steril.

Pada tanggal 29 pukul 13 Agustus 2020 dilakukan evaluasi pada hari pertama pada Ny N dengan diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah . Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, Nyeri pada luka

post operasi, Memonitor TTV TD : 120/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan: 20x/menit, Suhu : 36,8<sup>0</sup>C Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, Menjelaskan tujuan mobilisasi, Menganjurkan melakukan mobilisasi dini, Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, Menggerakkan kaki dan tangan, Miring kiri dan kanan, Berjalan ke kamar mandi. Respon subjektif dari Ny N mengatakan takut bergerak karena nyeri aktivitasnya dibantu keluarga, Respon objektif Aktivitas dibantu keluarga dan tampak meringis saat bergerak.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 dilakukan evaluasi hari yang kedua pada Ny N dengan diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan masih sama dengan hari pertama yaitu Memonitor TTV TD : 110/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan: 18x/menit, Suhu : 36,5 <sup>0</sup>C, Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak, Menganjurkan melakukan mobilisasi dini, Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, Miring kiri dan kanan, Belajar duduk, jika sudah bisa duduk belajar turun dari tempat tidur. Respon subjektif dari Ny N mengatakan sudah bisa bergerak seperti duduk ditempat tidur walaupun masih nyeri sedangkan respon objektifnya tampak bisa duduk ditempat tidur Makan dan buang air dibantu keluarga.

Pada tanggal 31 Agustus 2020 dilakukan evaluasi pada hari yang ketiga pada Ny N dengan diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu Memonitor TTV TD : 120/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan: 20x/menit, Suhu : 36<sup>0</sup>C, Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak, Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, Klien sudah bisa berjalan sendiri.

Respon subjektif dari Ny N mengatakan sudah bisa bergerak seperti duduk ditempat tidur walaupun masih nyeri sedangkan respon objektifnya tampak bisa duduk ditempat tidur Makan dan buang air dibantu keluarga.

Pada tanggal 29 Agustus 2020 dilakukan evaluasi untuk diagnosa hari pertama untuk masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, Nyeri, Kepanasan, Kebisingan, Mengidentifikasi

makanan dan minuman pengganggu tidur, Memodifikasi lingkungan, Membuka jendela, Membatasi kunjungan, Menyesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga, Menganjurkan menepati kebiasaan sebelum tidur. Respon subjektif dari Ny N mengatakan sulit untuk memulai tidur karena kepanasan dan sering terbangun saat tidur karena nyeri. Sedangkan respon objektifnya aktifitas Ny N Klien tampak gelisah, Mata klien mata panda, Klien tampak kepanasan.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 dilakukan evaluasi untuk diagnosa di hari kedua untuk masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Tindakan keperawatan yang dilakukan Memodifikasi lingkungan, Membuka jendela, Membatasi kunjungan, Menyesuaikan jadwal pemberian obat dengan siklus tidur terjaga. Respon subjektif dari Ny N mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak dan sudah tidak sering terbangun saat tidur sedangkan respon objektifnya Ny N tampak tidur nyenyak.

Pada tanggal 29 Agustus 2020 dilakukan evaluasi hari pertama untuk diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan yang dilakukan yaitu Memantau karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Memantau tanda-tanda infeksi, Melepaskan balutan dan plester secara perlahan, Membersihkan dengan cairan NACL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, Membersihkan jaringan nekrotik, Memasang balutan sesuai jenis luka, Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, Berkolaborasi pemberian antibiotik. Respon subjektif dari Ny N adalah Ny N mengatakan luka masih terasa nyeri, Ny N mengatakan luka terasa panas, dan respon objektifnya adalah Ny N tampak meringis menahan nyeri, TTV TD : 120/80mmHg, Nadi : 78x/menit, Pernafasan: 20x/menit, Suhu : 37 °C, Skala nyeri 4. Masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 30 Agustus 2020 dilakukan evaluasi hari kedua untuk diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Tindakan yang dilakukan yaitu Memantau karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Memantau tanda-tanda infeksi, Melepaskan balutan dan plester secara perlahan, Membersihkan dengan cairan NACL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, Membersihkan jaringan nekrotik, Memasang balutan sesuai jenis luka, Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, Berkolaborasi pemberian antibiotik. Respon subjektif dari Ny N adalah Ny N mengatakan luka masih terasa nyeri, Ny N mengatakan luka bersih, dan respon objektifnya adalah Ny N tampak meringis menahan nyeri, TTV TD : 110/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan: 18x/menit, Suhu : 36,5 °C, Skala nyeri 3. Masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 31 Agustus 2020 dilakukan evaluasi hari ketiga untuk diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan keperawatan yang dilakukan hanya bersifat pemantauan karena sudah diajarkan perawatan luka secara mandiri, tindakan yang dilakukan antara lain Memantau karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Memantau tanda-tanda infeksi, Berkolaborasi pemberian antibiotik. Respon subjektif dari Ny N adalah Ny N mengatakan luka sudah tidak terasa nyeri, Ny N mengatakan luka sudah bersih dan bagus, dan respon objektifnya adalah Ny N tampak rileks, luka tampak bersih dan bagus, TTV TD : 120/80mmHg, Nadi : 78x/menit, Pernafasan: 80x/menit, Suhu : 36 °C, Skala nyeri 4. Masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

- 5.1.1 Telah mengetahui dan memahami konsep secara teoritis pada Ny. N dengan Post op appendicitis di wilayah kerja puskesmas Muara Bungo 1 tahun 2020.
- 5.1.2 Telah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N dengan Post op appendicitis di wilayah kerja puskesmas Muara Bungo 1 tahun 2020.
- 5.1.3 Telah menegakkan menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan dengan dengan Post op appendicitis di wilayah kerja puskesmas Muara Bungo 1 tahun 2020.
- 5.1.4 Telah menyusun intervensi keperawatan dengan terapi relaksasi benson pada Ny. N dengan Post op appendicitis di wilayah kerja puskesmas Muara Bungo 1 tahun 2020.
- 5.1.5 Telah mengaplikasikan jurnal terapi relaksasi benson pada Ny. N dengan Post op appendicitis di wilayah kerja puskesmas Muara Bungo 1 tahun 2020.
- 5.1.6 Telah menganalisis hasil penerapan terapi relaksasi benson pada Ny. N dengan Post op appendicitis di wilayah kerja puskesmas Muara Bungo 1 tahun 2020.
- 5.1.7 Telah melakukan pendokumentasian pada Ny. N dengan Post op appendicitis di wilayah kerja puskesmas Muara Bungo 1 tahun 2020.

## 5.2 Saran

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan *Post op appendicitis* yaitu:

### 5.2.1 Bagi Profesi Keperawatan

Sebaiknya intervensi teknik relaksasi benson dapat dijadikan suatu intervensi untuk meningkatkan pengetahuan tentang post op appendik dan prosedur penanganan yang efektif melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada klien dengan Post op appendik. Dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada klien Post op appendicitis melakukan asuhan keperawatan dengan pemantau lebih intensif.

### 5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai literatur bagi institusi dan menjadi referensi bagi mahasiswa sebagai bahan bacaan di perpustakaan.

### 5.2.3 Bagi Puskesmas Muara Bungo 1

Karya ilmiah diharapkan ini dapat memberikan manfaat terhadap pelayanan kesehatan dengan memberikan gambaran dan menjadikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga pada kasus klien Post op appendicitis melakukan asuhan keperawatan dengan pemantau lebih intensif.

### 5.2.4 Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat berguna sebagai pedoman dan dijadikan sebagai referensi dalam membuat karya ilmiah akhir ners untuk penulis selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- PPNI, im Pokja SLKI DPP. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: DPP PPNI, 2018.
- PPNI, Tim Pokja DPP. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: DPP PPNI, 2018.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. Standar Diagnosis Keperawata Indonesia. Jakarta Selatan: DPP PPNI, 2016.
- Manurung, M. (2019). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Post Appendixotomy Di Rsu D Porsea. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2), 61. <https://doi.org/10.34012/jukep.v2i2.541>.
- Smeltzer, Suzanne C & Bare, Brenda G. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Egc.
- Edy Susanto, M. (2019). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea Di Rsud Sumedang. *Journal Of Chemical Information And Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/Cbo9781107415324.004>.
- Brunner & Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Egc.
- Anggara Ista Putra. (2018). Efektifitas Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Pasca Sectio Caesarea. 3(32), 1–44.
- Depkes Ri. (2018). Kasus Appendicitis Di Indonesia. Di Akses Dari : <http://www.artikelkedokteran.com/arsip/kasus-appendicitis-di-indonesia-pada-tahun-2018.html>kozier, B., Et Al.2010. *Fundamental Keperawatan Konsep Proses Dan Praktik*. Edisi Iii. Volume 1. Jakarta : Egc.
- Benson, H., & Prector, W. (2000). *Dasar-dasar respon relaksasi*. Bandung: Kaifa
- Berman, S., & Koziar. (2012). *Buku ajar praktik keperawatan klinis koziar*. Jakarata; EGC.
- Grace, Pierce A, % Neil R. Borley. (2011). *At a Glance Ilmu Bedah*. Edisi ketiga. Jakarta: Erlangga.

Zees, Rini Fahriani. (2012), Pengaruh Teknik Relaksasi terhadap Respon Adaptasi Nyeri pada Pasien Apediktomi di Ruang G2 Lantai II Kelas III BLUD RSUD Prof. DR. H Aloei Saboe Kota Gorontalo, *Jurnal Health & Sport*, Volume 5, Nomor 3

Yusliana dkk. (2015). *Efektivitas relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pada ibu post partum section caesarea*. Di unduh dari :  
<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=385031&val=6447&title=EFEKTIVITAS%20RELAKSASI%20BENSON%20TERHADAP%20PENURUNA%20NYERI%20PADA%20IBU%20POSTPARTUMSECTIO%20CAESAR EA>.

Prasetyo Sigit Nian. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Datak, G., Yetti, K & Hariyati, S.T. (2008). *Penurunan nyeri pascabedah pasien tur prostat melalui relaksasi benson*. *Jurnal keperawatan Indonesia*, vol 12 no 3, 173- 178. Diperoleh dari <http://jki.ui.ac.id>.

Novitasari, D., & Aryana, K.O. (2013). *Pengaruh tehnik relaksasi benson terhadap penurunan tingkat stres lansia di unit rehabilitas sosial wening wardoyo ungaran*. *Jurnal keperawatan jiwa vol 1 no 2, 186- 195*  
<http://jurnal.unimus.ac.id>.

## Lampiran 1

### STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

#### TEKNIK RELAKSASI *BENSON*

No.	Prosedur Tindakan	Keterangan
A.	Tahap persiapan	
1.	Memberikan salam teraupetik	
2.	Menyediakan lingkungan yang tenang	
3.	Memvalidasi kondisi pasien	
4.	Menjaga privasi pasien	
5.	Memilih Do'a untuk memfokuskan perhatian saat relaksasi	
B.	Tahap kerja	
1.	Posisikan pasien pada posisi duduk yang paling nyaman	
2.	Instruksikan pasien memejamkan Mata	
3.	Instruksikan pasien agar tenang dan mengendorkan otot-otot tubuh dari ujung kaki sampai dengan otot wajah dan rasakan rileks	
4.	Instruksikan kepada pasien agar menarik nafas dalam lewat hidung, tahan 3 detik lalu hembuskan lewat mulut disertai dengan mengucapkan <i>do'a</i> atau kata yang sudah dipilih	
5.	Instruksikan pasien untuk membuang pikiran negatif, dan tetap fokus pada nafas dalam dan <i>do'a</i> atau kata-kata yang diucapkan	
6.	Lakukan selama kurang lebih 10 Menit	
7.	Instruksikan pasien untuk mengakhiri relaksasi dengan tetap menutup mata selama 2 menit, lalu membukanya dengan perlahan	

C.	Tahap Terminasi	
1.	Evaluasi perasaan pasien	
2.	Lakukan kontrak pertemuan Selanjutnya	
3.	Akhiri dengan salam	

Lampiran 2

DOKUMENTASI



## Lampiran 3

**PENGARUH TEKNIK RELAKSASI BENSON TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI *POST APPENDIXTOMY* DI RSUD PORSEA****Melva Manurung<sup>1</sup>, Tumpal Manurung<sup>2</sup>, Perawaty Siagian<sup>3</sup>***Akper Yayasan Tenaga Pembangunan Arjuna Laguboti**Jalan YP Arjuna Pintubosi Laguboti**Email: melva\_manroe84@yahoo.com***ABSTRACT**

*Pain is a sensation that is complex, unique, universal and individual. Nursing interventions that can be done in reducing pain in patients with post operative appendectomy can be done by teaching Benson relaxation technique. The purpose of this study was to analyze the Effect of Benson Relaxation Technique on the decrease of Post Appendixtomy pain scale at Porsea Hospital Year 2019. The research design used was quasi experimental research with a static group comparison design (posttest only control group design). The population is of Appendixtomy patients in Porsea Hospital with a sample of 18 respondents. The gauge uses a research guide for Benson Relaxation on the post-Appendixtomy pain scale reduction at Porsea Hospital. Data were analyzed by t test. The results of the pre-experimental t-test analysis of the control group and the pre-experimental intervention group obtained a value of  $p = 0.003$ , there was a difference in the decrease in post Appendixomy pain scale after Benson relaxation. The result of t-test post experiment of control group and post experiment of intervention group obtained p value= 0.000, there is difference of difference of decrease of pain scale post Appendixtomy after Benson relaxation. The role of special nurses as care givers in reducing the scale of pain, is more sensitive to patients with various diseases that cause pain. Nurses in the role of nursing careers especially in decreasing the scale of pain, more sensitive to special populations ie individuals with various diseases that cause pain*

**Keywords:** *Benson relaxation, pain scale, appendixtomy*

**PENDAHULUAN**

Apendiksitis adalah peradangan pada apendiks vermikularis (sisa apex sekum yang tidak memiliki fungsi) yang mengenai semua dinding organ (Sjamsuhidajat, 2012). Apendiksitis dapat terjadi pada semua golongan usia, paling sering terjadi antara usia 10–30 tahun, dengan presentasi pria lebih sering daripada wanita, dan remaja lebih sering daripada orang tua. Keluhan apendiksitis biasanya berawal dari nyeri atau rasa tidak enak di sekitar umbilikus, umumnya berlangsung lebih dari 1 atau

2 hari, dan nyeri akan bergeser dalam 2–12 jam kekuadran kanan bawah, menetap dan diperberat bila berjalan (Berman & Koziar, 2012).

Manifestasi klinis dari apendiksitis ditemukan keluhan anoreksia, mual, muntah, demam dan peningkatan leukosit. Pada pemeriksaan fisik ditemukan nyeri tekan lokal pada titik McBurney, nyeri tekan lepas (rebound tenderness), dan nyeri alih (referred pain). Pada apendiksitis yang sudah mengalami perforasi muncul gejala berupa nyeri, nyeri tekan dan spasme,

disertai hilangnya rasa nyeri secara dramatis untuk sementara (Grace & Neil, 2011).

Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, insiden apendisitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan abdomen lainnya. Jarang terjadi pada usia di bawah 2 tahun, banyak pada dekade kedua dan ketiga, tetapi dapat terjadi pada semua usia (Grace & Neil, 2011).

Penatalaksanaan apendisitis adalah dengan tindakan pembedahan (apendiktomi). Apendiktomi dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka/pembedahan konvensional (laparotomi) atau dengan teknik laparaskopi yang merupakan teknik pembedahan minimal infasif dengan metode terbaru yang sangat efektif (Berman & Koziar, 2012).

Insidens tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Sedangkan insidens pada laki-laki dan perempuan umumnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun, insidens pada laki-laki lebih tinggi (Sjamsuhidajat, 2012). Apendiktomi harus segera dilaksanakan jika ditemukan apendisitis pada seseorang (Mitchell, 2013). Komplikasi setelah operasi apendiktomi antara lain perdarahan, perlengketan

organ dalam, dan infeksi pada daerah operasi.

Masa pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu yang bervariasi. Dalam penelitian Mulyono (2010), pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit. Pada umumnya pasien akan merasakan nyeri yang hebat pada 2 jam pertama pasca operasi dikarenakan pengaruh obat anastesi mulai hilang (Berman & Koziar, 2012).

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual, sehingga tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Hal tersebut yang menjadi dasar bagi perawat untuk memberikan intervensi keperawatan dalam mengatasi nyeri (Asmadi, 2013).

Intervensi atau tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan dalam mengurangi nyeri pada pasien dengan post operasi apendiktomi salah satunya yaitu dengan mengajarkan teknik relaksasi Benson (Berman & Koziar, 2012). Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien.

Dalam Anas, Tamsuri (2007), Ada dua cara penatalaksanaan nyeri beberapa

teknik non farmakologis yang dapat diterapkan dalam mengatasi nyeri yaitu teknik pernafasan, aromaterapi, audionalgesia, akupuntur, *transcutaneous electric nerve stimulations* (TENS), kompres dengan suhu dingin panas, sentuhan pijatan dan hipnotis (Gondo & Sugiharta, 2012). Salah satu upaya non farmakologis untuk mengatasi nyeri adalah teknik relaksasi. Teknik relaksasi terbagi atas 4 macam yaitu relaksasi otot (*progressive muscle relaxation*), pernafasan (*diaphragmatic breathing*), meditasi (*attentionfocusing exercise*) dan relaksasi perilaku (*behavioral relaxation*) (Miltenbarger, 2012). Kelebihan latihan teknik relaksasi dibandingkan dengan teknik lain adalah teknik relaksasi lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun (Novitasari & Aryana, 2013).

Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Benson & Prector, 2000). Cara kerja teknik relaksasi benson ini adalah berfokus pada kata atau kalimat tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme teratur. Pernafasan yang panjang dapat

memberikan energy yang cukup, karena pada waktu menghembuskan nafas mengeluarkan karbondioksida (CO<sub>2</sub>) dan saat menghirup nafas panjang mendapatkan oksigen yang sangat diperlukan tubuh untuk membersihkan darah dan mencegah kerusakan jaringan otak akibat kekurangan oksigen (hipoksia). Saat tarik nafas panjang otot-otot dinding perut (rektus abdominalis, transversus abdominalis, internal dan eksternal oblique) menekan iga bagian bawah kearah belakang serta mendorong sekat diafragma ke atas dapat berakibat meninggikan tekanan intra abdominal, sehingga dapat merangsang aliran darah baik vena cava inferior maupun aorta abdominalis, mengakibatkan aliran darah (vaskularisasi) menjadi meningkat keseluruh tubuh terutama organ-organ vital seperti otak, sehingga O<sub>2</sub> tercukupi didalam otak dan tubuh menjadi rileks (Benson & Proctor, 2000).

Penelitian Novitasari dan Aryana (2013) menunjukkan ada pengaruh signifikan teknik relaksasi benson terhadap tingkat stress pada lansia tersebut dengan p value 0,002. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Trisnayati (2010) bahwa teknik relaksasi benson berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia. Demikian juga penelitian oleh Zees (2012) dan Suhartini Nurdin, dkk (2013) menyatakan bahwa pemberian tehnik

relaksasi menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi. Beberapa tehnik relaksasi yang sudah ada antara lain relaksasi otot, relaksasi kesadaran indera, relaksasi meditasi, yoga dan relaksasi hipnosa (Utami, 2013).

Hasil studi pendahuluan peneliti di RSUD Porsea, pada Februari 2019, peneliti menemukan tiga orang pasien yang melakukan appendixotomy mengeluh nyeri. Dua orang mengatakan nyeri berat sedangkan satu ibu mengatakan nyeri sedang. Untuk mengurangi rasa nyeri, klien biasanya mengubah posisi tubuh dan menyentuh daerah yang sakit. Rasa nyeri ini mengakibatkan klien malas bergerak, selain itu klien hanya diberi terapi analgetik untuk mengurangi rasa nyeri.

Terapi analgetik ini hanya diberikan di hari pertama setelah post operasi, setelah itu klien tidak diberikan terapi analgetik lagi kecuali klien merasakan nyeri yang tidak tertahankan, maka relaksasi benson ini dapat membantu klien untuk mengurangi rasa nyeri yang klien rasakan tanpa memiliki efek samping apapun. Angka appendixotomi di RSUD Porsea tahun 2016 mencapai 26 orang, pada tahun 2017 yaitu 31 sedangkan pada bulan Januari sampai Februari 2018 yaitu 45 orang (Rekam Medik RSUD Porsea, 2018).

**METODE**

Desain penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kuasi eksperimen dengan rancangan perbandingan kelompok statis (*posttest only control group design*). Penelitian ini akan melihat pengaruh teknik relaksasi Benson terhadap penurunan skala nyeri post Appendixotomy di RSUD Porsea. Kelompok eksperimen menerima perlakuan sesuai dengan SOP, sedangkan kelompok pembanding diberikan perlakuan sesuai dengan kebiasaan ruangan. Sampel yang diteliti sebanyak 18 orang.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Hasil**

**Karakteristik responden**

**Tabel 1.**

**Distribusi Frekuensi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Data Demografi di RSUD Porsea (n=9).**

No.	Karakteristik Responden	(f)	(%)
1	Usia		
	<17 tahun	3	33.3
	18-25 tahun	3	33.3
	26-35 tahun	2	22.2
2	36-45 tahun	1	11.1
	Jenis Kelamin		
	Wanita	3	33.3
	Pria	6	66.7
3	Pendidikan		
	SMP	1	11.1
	SMA	2	22.2
	PT	5	55.6
4	Tidak sekolah	1	11.1
	Pekerjaan		
	Siswa	3	33.3
	Mahasiswa	3	33.3
	Pegawai	2	22.2
	Tidak bekerja	1	11.1

Hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata usia responden kelompok intervensi mayoritas sebanyak 5 orang (55.6%) berada pada usia 18-35 tahun, mayoritas berjenis kelamin pria (66.67%), dengan pendidikan adalah mahasiswa atau perguruan tinggi sebanyak 6 orang (66.7%), dan pekerjaan mayoritas mahasiswa.

dan 1 responden (11.1%) memiliki nilai nyeri 6. Pada kelompok kontrol post eksperimen yang mengalami nyeri nilai

**Tabel 2.**  
**Distribusi Frekuensi Responden Kelompok Intervensi Berdasarkan Data Demografi di RSUD Porsea (n=9)**

No.	Karakteristik Responden	(f)	(%)
1	Usia		
	<17 tahun	2	22.2
	18-25 tahun	5	55.6
	26-35 tahun	2	22.2
	36-45 tahun	-	-
2	Jenis Kelamin		
	Wanita	3	33.3
	Pria	6	66.7
3	Pendidikan		
	SMP	1	11.1
	SMA	2	22.2
	PT	6	66.7
	Tidak sekolah	-	-
4	Pekerjaan		
	Siswa	2	22.2
	Mahasiswa	5	55.6
	Pegawai	2	22.2
	Tidak bekerja	-	-

Hasil penelitian pada kelompok kontrol pre eksperimen yang mengalami nyeri nilai 7 terdapat 6 responden (66.7%), mengalami nilai nyeri 8 sebanyak 2 orang (22.2%)

7 terdapat 7 responden (77.8%), 2 responden (22.2%) memiliki nilai nyeri

6. Hasil penelitian pada kelompok intervensi pre eksperimen mengalami nyeri nilai 7 terdapat 6 responden (66.7%), mengalami nilai nyeri 8 sebanyak 2 orang (22.2%) dan 1 responden (11.1%) memiliki nilai nyeri

6. Pada kelompok intervensi post eksperimen mengalami nyeri nilai 5 terdapat 7 responden (77.8%), mengalami nilai nyeri 6 sebanyak 2 orang (22.2%).

**Pengaruh Teknik Relaksasi Benson terhadap penurunan skala nyeri post Appendixtomy Kelompok Kontrol dan kelompok Intervensi di RSUD Porsea**

Untuk menguji pengaruh Teknik Relaksasi Benson terhadap penurunan skala nyeri post Appendixtomy di RSUD Porsea maka dilakukan analisa bivariat pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Tingkat kemaknaan ditetapkan sebesar 95%, artinya bila nilai  $p < 0,05$  maka dapat disimpulkan ada pengaruh Teknik Relaksasi Benson terhadap penurunan skala nyeri post Appendixtomy di RSUD Porsea, bila nilai  $p >$

0,05 disimpulkan tidak ada pengaruh Teknik Relaksasi Benson terhadap penurunan skala nyeri post Appendixtomy di RSUD Porsea.

Hasil analisa Uji t pre eksperimen dan post eksperimen kelompok kontrol diperoleh nilai  $p = 0,00$ , yang berarti

nilai  $p < 0.05$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan skala nyeri post Appendixotomy di RSUD Porsea setelah dilakukan Teknik Relaksasi Benson.

**Tabel 3.**  
**Pengaruh Relaksasi Benson terhadap Penurunan Nyeri Pre Eksperimen Pada Kelompok Kontrol Dan Kelompok Intervensi di RSUD Porsea**

	Pre eksperimen Kelompok kontrol - intervensi
Z	-6.051(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,00

Hasil analisa uji  $t$  pre eksperimen kelompok kontrol dan pre eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p=0.003$ , yang berarti nilai  $p < 0.05$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan penurunan skala nyeri post Appendixotomy antara pre eksperimen kelompok kontrol dengan pre eksperimen kelompok intervensi kontrol di RSUD Porsea setelah dilakukan relaksasi Benson.

**Tabel 4.**  
**Pengaruh Teknik Relaksasi Benson terhadap penurunan skala nyeri post Appendixotomy pada kelompok kontrol dan Intervensi di RSUD Porsea**

	Kelompok kontrol-intervensi
t-independent	216.000
Z	-2.948
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

Hasil analisa uji  $t$  post eksperimen kelompok kontrol dan post eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p=0,00$ , yang berarti nilai  $p < 0.05$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan perbedaan penurunan skala nyeri post Appendixotomy antara pre eksperimen kelompok kontrol dengan pre eksperimen kelompok intervensi kontrol di RSUD Porsea setelah dilakukan relaksasi Benson.

**Pembahasan**

Hasil analisa uji  $t$  pre eksperimen dan post eksperimen kelompok kontrol diperoleh nilai  $p = 0,00$ , yang berarti ada perbedaan penurunan skala nyeri pada kelompok kontrol yang dilakukan relaksasi Benson. Hasil analisa uji  $t$  pre eksperimen dan post eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p=0,00$ , yang berarti ada perbedaan penurunan skala nyeri pada kelompok intervensi yang dilakukan fisioterapi dada.

Hasil analisa uji  $t$  pre eksperimen kelompok kontrol dan pre eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p = 0,003$ , yang berarti ada perbedaan penurunan skala nyeri antara pre eksperimen kelompok kontrol dengan pre eksperimen kelompok intervensi yang dilakukan relaksasi Benson. Hasil

analisa uji *t* post eksperimen kelompok kontrol dan post eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p=0,00$ , yang berarti perbedaan penurunan skala nyeri antara post eksperimen kelompok kontrol dengan post eksperimen kelompok intervensi yang dilakukan relaksasi Benson.

Nyeri merupakan fenomena yang multidimensional. Ahles et al. (2010) mengkategorikan lima dimensi dari nyeri yang dialami. Identifikasi dimensi nyeri ini mulanya diperuntukan untuk nyeri-nyeri pada kasus-kasus kanker. Kelima dimensi ini meliputi: dimensi fisiologi, sensori, *afektif*, *cognitive*, dan *behavior* (perilaku). Intensitas nyeri, intensitas nyeri adalah sejumlah nyeri yang dirasakan oleh individu dan sering kali digambarkan dengan kata-kata seperti ringan, sedang dan berat. Intensitas nyeri juga dapat dilaporkan dengan angka yang menggambarkan skor dari nyeri yang dirasakan sedangkan kualitas nyeri adalah berkaitan dengan bagaimana nyeri itu sebenarnya dirasakan individu. Kualitas nyeri digambarkan dengan berdenyut, menyebar, menusuk, terbakar dan gatal. Pada kasus nyeri kanker, pasien sering melaporkan kualitas nyerinya seperti nyeri tajam, berdenyut, pedih, menusuk, tertekan berat, atau juga bertambah (McGuire & Sheidler, 2013).

Relaksasi benson merupakan salah satu cara untuk mengurangi nyeri dengan melibatkan faktor keyakinan pasien yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Benson & Proctor, 2000).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Novitasari dan Aryana (2013) menunjukkan ada pengaruh signifikan teknik relaksasi Benson terhadap tingkat nyeri pada lansia tersebut dengan *p* value 0,002. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Trisnayati (2010) bahwa teknik relaksasi benson berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia.

Penelitian terkait lainnya yang mendukung adalah penelitian yang dilakukan oleh Datak (2012) yang berjudul penurunan nyeri pasca bedah pasien tur prostat melalui relaksasi benson menunjukkan bahwa adanya pengurangan rasa nyeri pada pasien yang diberikan intervensi relaksasi benson sehingga pada penelitian ini merekomendasikan relaksasi benson sebagai bahan pertimbangan. Demikian juga penelitian oleh Zees (2012) dan Suhartini Nurdin, dkk (2013) menyatakan bahwa pemberian tehnik relaksasi menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi. Beberapa tehnik relaksasi yang sudah ada antara

lain relaksasi otot, relaksasi kesadaran indera, relaksasi meditasi, yoga dan relaksasi hipnosa (Utami, 2013).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rambod M., et al, (2013) menyebutkan relaksasi benson mampu meningkatkan kualitas tidur pasien dan 23 mengurangi penggunaan obat tidur pada pasien yang menjalani hemodialisa. Hal ini senada dengan ungkapan Setyowati, H. & Green (2004) yang menyebutkan salah satu manfaat terapi relaksasi benson adalah untuk mengatasi insomnia. Manfaat lain dari relaksasi benson adalah mengurangi skala nyeri.

Relaksasi Benson ini dapat digunakan untuk mengurangi skala nyeri pada orang yang mengalami nyeri karena kelainan parenkim paru seperti fibrosis dan pasien yang mendapat ventilasi mekanik (Afiyah, 2009).

Hasil penelitian Bernhart, (2010), yang dilakukan di Australia menunjukkan fisioterapi dada merupakan tindakan sederhana, mudah memberikan intervensi, menggunakan sedikit atau tidak ada peralatan. Fisioterapi dada terbukti efektif, dapat mengurangi penumpukan secret pada pasien.

Perawat dalam peran sebagai pemberi asuhan keperawatan khususnya dalam penurunan skala nyeri, lebih peka terhadap populasi khusus yaitu individu

dengan berbagai penyakit yang menyebabkan nyeri. Berdasarkan hasil obeservasi peneliti pada saat penelitian keluarga memiliki peran yang sangat penting mendampingi pasien dalam proses relaksasi Benson, karena hal ini dapat menurunkan skala nyeri dengan memberikan ketenangan psikologis pada pasien tersebut.

### **Kesimpulan**

Hasil penelitian pada kelompok kontrol pre eksperimen terdapat 6 responden (66.7%) yang mengalami nyeri nilai 7, 2 orang (22.2%) mengalami nilai nyeri 8 dan 1 responden (11.1%) memiliki nilai nyeri 6. Hasil penelitian pada kelompok intervensi pre eksperimen terdapat 6 responden (66.7%) mengalami nyeri nilai 7. Hasil analisa uji *t* pre eksperimen dan post eksperimen kelompok kontrol diperoleh nilai  $p=0.000$ , yang berarti nilai  $p < 0.05$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan skala nyeri post Appendixomy di RSUD Porsea setelah dilakukan Teknik Relaksasi Benson. Hasil analisa uji *t* pre eksperimen dan post eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai  $p=0.000$ , yang berarti nilai  $p < 0.05$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan perbedaan skala nyeri post Appendixomy di RSUD Porsea setelah dilakukan Teknik Relaksasi Benson

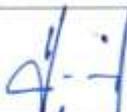
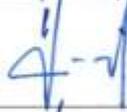
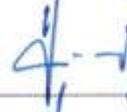
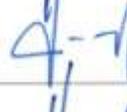
## DAFTAR PUSTAKA

- Ahles, T. A., Blanchard, E. B., & Ruckdeschel, J. C. (1983). *The multidimensional nature of cancer related pain*, *Pain*, 17, 272-288.
- Anas, Tamsuri (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
- Asmadi (2013). *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan dasar Klien*. Salemba medika. Jakarta.
- Afiyah. (2009). Pengaruh tehnik relaksasi Benson terhadap Skala Nyeri pada Kelainan Parenkim Paru, *Jurnal Kesehatan* vol. 1 no. 3.
- Benson, H., & Prector, W. (2000). *Dasar-dasar respon relaksasi*. Bandung: Kaifa
- Berman, S., & Kozier. (2012). *Buku ajar praktik keperawatan klinis kozier*. Jakarata; EGC.
- Datak, G. (2012). *Efektifitas Relaksasi Benson Terhadap Nyeri Pasca Bedah pada Pasien Transurethral Resection of The Prostate di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati*. Jakarta (tesis). Jakarta: Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- Gondo, K. H., & Sugiharta. K. (2012). Profil Operasi Seksio Sesarea di SMF Obstetri & Ginekologi RSUP Sanglah Denpasar, *CDK 175/ vol.37 no.2*.
- Grace, Pierce A, % Neil R. Borley. (2011). *At a Glance Ilmu Bedah*. Edisi ketiga. Jakarta: Erlangga.
- McGuire, D. B and Sheildler, V. R. (2013). Pain. In S. L. Groen, M. H. Fragge, M. Goodman, and C. H. Yarbro (Edt.). *Cancer nursing: Principles and practice (3rd Ed.)*(pp. 499-556). Boston, NA: Jones and Bartlett Publisher.
- Mitchell M, M.D. (2013), *heart-and soul healing*. Philadelphia: Lippincott.
- Mulyono, M. H., Hamzah. (2010). Faktor yang berpengaruh terhadap penyembuhan post operasi Appendiktomi di RS tingkat III Ambon. *Jurnal e-KP*, Vol. 1 No. 1.
- Novitasari, D. & Aryana, K. O. (2013). Pengaruh Tehnik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Tingkat Stres Lansia di Unit Rehabilitas Sosial Wening Wardoyo Ungaran. *J. Keperawatan Jiwa*, 1(2): 186-295.
- Nurdin, Si. (2013), Pengaruh Tehnik Relaksasi Terhadap Intesitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruang Irrina A BLU RSUP Prf Dr. R.D Kandou Manado, *ejournal keperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1*
- Rambod, M., Sharif, F., Pourali- Mohammadi, N., et all. (2013). Evaluation of the effect of Benson's Relaxation Technique on pain and quality of life of haemodialysis patients: A randomized controlled triall. *International Journal of Nursing Studies*.
- Setyowati, H. & Green, C. W. (2004). *Terapi alternatif*. Yogyakarta: Yayasan Spiritia.
- Sjamsuhidajat. (2012). *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Edisi II. Jakarta : EGC
- Utami P, Puspaningtyas DE. (2013). *The miracle of herbs*. Jakarta: AgroMedia Pustaka
- Zees, Rini Fahriani. (2012), Pengaruh Tehnik Relaksasi terhadap Respon Adaptasi Nyeri pada Pasien Apediktomi di Ruang G2 Lantai II Kelas III BLUD RSU Prof. DR. H Aloei Saboe Kota Gorotalo, *Jurnal Health & Sport*, Volume 5, Nomor 3

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Wahyu Setiyawan  
Nim : 1914901760  
Pembimbing I : Ns. Muhammad Arif, M.Kep  
Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Ny N Dengan Post Appendiktomi Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo 1 Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	04/09/2020	Bab I dan II Lengkapi data Tambah konsep	
2	07/09/2020	Bab I - V perbaiki Bab III Acc bab I dan II	
3	11/09/2020	Bab III - V Lanjut bab IV Acc bab III	
4	15/09/2020	Bab IV - V Lengkapi kean	
5	16/09/2020	Acc & Jilid	

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**STIKes PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Wahyu Setiyawan  
Nim : 1914901760  
Pembimbing II : Ns. Ida Suryati, M.Kep  
Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Ny N Dengan Post Appendiktomi Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo 1 Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	07/09/2020	Bab I - V Perbaiki Penulisan bab II Tambah Gambar Anatomi	
2	11/09/2020	Bab II - V Acc bab I - II Tambah diagnosa di bab III	
3	14/09/2020	Bab II - V Acc bab III Tambahkan konsep di bab IV	
4	15/09/2020	Bab IV - V Acc bab IV Lengkapi KIA-N	
5	16/09/2020	acc untuk Ujian	

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**STIKes PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : Wahyu Setiyawan  
Nim : 1914901760  
Penguji I : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep  
Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Ny N Dengan Post Appendiktomi Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo 1 Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	21/10/2020	Revisi Skripsi	
2	27/10/2020	Revisi Pembahasan	
3	05/11/2020	Revisi Skripsi	
4	18/11/2020	Revisi Jurnal	
5			

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**STIKes PERINTIS PADANG**

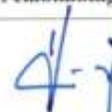
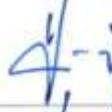
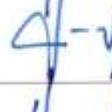
**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : Wahyu Setiyawan

Nim : 1914901760

Penguji II : Ns. Muhammad Arif, M.Kep

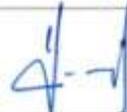
Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan  
Intensitas Nyeri Pada Ny N Dengan Post Appendiktomi Di  
Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo 1 Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	22/10/2020	Perbaiki Sesuai Saran	
2	02/11/2020	Perbaiki Penulisan	
3	11/11/2020	Perbaiki Susunan	
4	17/11/2020	Ace & judul	
5			

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI MANUSKRIP**

Nama Mahasiswa : Wahyu Setiyawan  
Nim : 1914901760  
Pembimbing I : Ns. Muhammad Arif, M.Kep  
Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan  
Intensitas Nyeri Pada Ny N Dengan Post Appendiktomi Di  
Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo 1 Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	17/11/2020	Perbaiki Sesuai masukan	
2	19/11/2020	Ace & jeli	
3			
4			
5			

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI MANUSKRIP**

Nama Mahasiswa : Wahyu Setiyawan  
Nim : 1914901760  
Pembimbing II : Ns. Ida Suryati, M.Kep  
Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan  
Intensitas Nyeri Pada Ny N Dengan Post Appendiktomi Di  
Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo 1 Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	17/11/2020	Perbaiki Sesuai Masukan	
2	19/11/2020	Rapikan Penulisan	
3	23/11/2020	Acc jilid	
4			
5			