

## LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden

### LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan, Jurusan Keperawatan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung:

Nama : DALVA DALILAH

NIM : P17320120017

Menuliskan surat permohonan ini dengan maksud akan melakukan Studi Kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Post *Appendectomy* dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia : Nyeri Akut” sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi D-III Keperawatan. Oleh karena itu, untuk pelaksanaan kegiatan tersebut, saya memohon kesediaan bapak/ ibu/ saudara/i untuk berpartisipasi sebagai responden dalam studi kasus tersebut.

Segala informasi yang disampaikan oleh bapak/ ibu/ saudara/i akan saya jamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus ini. Saya akan bertanggung jawab jika ada informasi yang diberikan akan merugikan responden. Apabila bapak/ ibu/ saudara/i berkenan menjadi responden, mohon kiranya bapak/ ibu/ saudara/i menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (lembar *informed consent*).

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Bandung, April 2023

(Dalva Dalilah)

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama (Inisial) :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden studi kasus yang akan dilakukan oleh mahasiswa D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bandung yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Post *Appendectomy* dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia : Nyeri Akut”.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani tanpa adanya paksaan dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung.....

Mengetahui,

Pelaksana Studi Kasus

Peserta Studi Kasus

(Dalva Dalilah)

(.....)

NIM.P17320120017

Lampiran 3. Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST *APPENDECTOMY*  
DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN :  
NYERI AKUT DI RSUD AL-IHSAN  
PROVINSI JAWA BARAT**

**A. Pengkajian**

**1. Pengumpulan Data**

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. I
Tanggal Lahir/ Umur	: 21 Agustus 1977
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT
Golongan Darah	: O
Diagnosa Medis	: Appendisitis Kronik
Nomor Medrec	: 00870973
Tanggal Masuk RS	: 11 April 2023 Jam : 09.00 (IGD)
Tanggal Pengkajian	: 12 April 2023
Alamat	: Pasirtiril RT/RW.02/11 Ds. Ciwidey

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. D
Umur	: 46 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: STM
Pekerjaan	: Pabrik Tekstil
Alamat	: Pasirtiril RT/RW.02/11 Ds. Ciwidey

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri disertai dengan perih

b) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan nyeri perut kurang lebih selama 1 minggu SMRS, lalu pasien dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Al-Ihsan pada hari selasa pukul 09.00 WIB, pasien masuk IGD untuk diobservasi hingga pasien di sarankan untuk periksa ke poli dalam terlebih dahulu karena pasien mengalami batu-batu dan masuk IGD kembali pada pukul 5 sore hingga pasien dilakukan tindakan untuk di operasi pengangkatan usus buntu pada pukul 23.00 WIB, setelah pasien selesai melakukan operasi pengangkatan usus buntu pasien di pindahkan keruang rawat inap pasca bedah ( khalid bin Walid) kamar 216 bed 1 pada pukul 01.00 malam.

c) Keluhan saat dikaji

Pasien mengeluhkan nyeri disertai dengan perih pada area luka post operasi di perut bagian bawah, terdapat luka insisi post operasi di abdomen bawah dengan panjang luka  $\pm 10$  cm, pasien mengeluhkan nyeri disertai dengan perih pada area luka post operasi di perut kanan bagian bawah dengan skala nyeri 7 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul, pasien mengatakan untuk beraktivitas sulit dan terasa sakit, pasien lemas hanya terbaring ditempat tidur

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan belum pernah ada riwayat operasi sebelumnya ataupun dirawat dirumah sakit sebelumnya.

### 3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang pernah mengalami penyakit yang diderita pasien dan pasien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak terdapat penyakit keturunan seperti DM, Asma dan Hipertensi dan menular seperti TBC dan HIV.

#### d. Pola Aktivitas Sehari-hari

<b>Aktivitas</b>	<b>Di Rumah</b>	<b>Saat Di Rumah Sakit</b>
1. Makan a. Jenis b. Frekuensi c. Keluhan	Nasi, Sayur lauk pauk 1-2x/hari Tidak ada	Pasien diit susu
2. Minum a. Jenis b. Frekuensi c. Keluhan	Air putih, kopi, teh Tidak ada	Pasien diit susu
3. Tidur dan Istirahat a. Tidur Siang b. Tidur Malam c. Keluhan	Jarang tidur siang Jam 9-4 Tidak ada	2-3 jam/hari 5-6 jam Sering terbangun
4. Eliminasi BAB & BAK - BAB a. Frekuensi b. Konsistensi c. Warna	1x/hari lembek coklat kekuningan	Belum BAB - -

d. Keluhan	Tidak ada	-
- BAK		
a. Frekuensi	5-6x/hari	Pasien mengatakan tidak terhitung karena pasien memakai pampers
b. Warna	Kuning jernih	
c. Keluhan	Tidak ada	
5. Personal Hygiene		
a. Mandi	2x/hari	Belum mandi
b. Keramas	3x/minggu	Belum keramas
c. Gosok gigi	2x/hari	Belum gosok gigi
6. Kegiatan		
a. Olahraga	Kadang-kadang	Tidak ada
b. Merokok	Tidak pernah	

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

- Tingkat kesadaran : Composmentis
- Penampilan secara umum : Pasien tampak lemas dan Meringis kesakitan
- Tanda-tanda vital
  - TD : 130/90 mmHg
  - RR : 20 x/menit
  - Nadi : 90 x/menit
  - Suhu : 36,5 °C
- Antropometri
  - BB : 58 kg
  - TB : 155 cm
  - IMT : 24,1 (normal)

## 2) Sistem Pernafasan

Hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret, tidak ada polip, septum berada di tengah, tidak ada perdarahan, tidak ada lesi, serta patensi jalan napas baik, tidak ada nyeri tekan pada sinus dan tidak ada deformitas pada hidung. Bentuk dada simetris, pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dilakukan perkusi pada paru terdengar bunyi sonor. Pada saat dilakukan auskultasi terdengar bunyi pernapasan vesikuler di semua lapang paru.

## 3) Sistem kardiovaskular

Bentuk dada normo chest, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba kuat di daerah intercosta 4 mid klavikula sinistra. Pada saat diperkusi pada paru terdengar bunyi sonor, jantung dalam batas normal, tidak terjadi pembesaran jantung, batas jantung ics 2-3, batas kanan jantung linea sternalis sinistra, batas kiri jantung linea mid klavikula sinistra, batas bawah jantung intercosta 4-5. Batas kanan jantung linea sternalis sinistra, batas kiri jantung linea mid klavikula sinistra, batas bawah jantung intercosta 4-5. Bunyi jantung I dan II normal dan regular, tidak ada bunyi jantung tambahan.

## 4) Sistem pencernaan

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut sedikit kotor, tidak ada tonsilitis, mukosa bibir kering, tidak ada lesi dan tidak ada kelainan pada mulut dan bibir, bentuk perut datar, umbilikus menonjol, terdapat luka post operasi pada abdomen bawah dengan panjang kurang lebih 7-10 cm, tidak ada benjolan. Pada saat dilakukan auskultasi terdengar bising usus 26x/menit.

Pada saat dilakukan palpasi tidak terdapat pembesaran hati. Pada saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani.

5) Sistem perkemihan (genetalia)

Tidak terpasang kateter, tidak terlihat adanya pembengkakan. Pada saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan.

6) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, sclera berwarna putih, pupil isokor, tidak ada tanda radang, tidak memakai alat bantu baca, adanya reflek cahaya pada kedua mata, terdapat bekas luka pada iris mata.

7) Sistem Endokrin

Bentuk leher simetris, tidak ada lesi. Pada saat dipalpasi tidak terdapat pembengkakan di area leher, tidak ada benjolan, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tyroid, nadi karotis teraba, tidak ada memar maupun nyeri

8) Wicara dan THT

Pasien tidak ada kesulitan dalam berbicara dan dapat mendengar dengan jelas tanpa diulang.

9) Sistem musculoskeletal

a. Ekstremitas atas

Ekstremitas atas kanan dan kiri lengkap, tidak terdapat pembengkakan, tidak ada kelainan, tidak ada nyeri, CRT >2 detik, kekuatan otot 5/5

b. Ekstremitas bawah

Ekstremitas bawah kanan dan kiri lengkap, tidak terdapat pembengkakan, tidak terdapat kelainan, tidak ada nyeri dengan kekuatan otot 5/5

10) Sistem integument

Tidak ada sianosis, terdapat luka post operasi pada kaki kiri, warna kulit sawo matang, terdapat nyeri pada luka post operasi, terdapat edema pada kaki kiri dan kulit tampak kemerahan, elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, tidak ada perdarahan yang serius, turgor kulit normal, CRT <2 detik.

11) Sistem persyarafan

- Nervus I (Olfactorius)

Fungsi penciuman baik, pasien dapat membedakan bau wangi dan bau tidak sedap, pasien dapat membedakan bau kayu putih dan bau parfum

- Nervus II (Opticus)

Letak kedua mata simetris, jarak pandang pasien normal, fungsi penglihatan baik terlihat saat perawat meminta pasien untuk menyebutkan jari yang di perlihatkan ke pasien

- Nervus III (Okulomotorius)

Bentuk kedua mata simetris, pergerakan kedua mata normal, pasien dapat menggerakkan kedua bola matanya

- Nervus IV (Trochlearis)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, pasien dapat memutar bola matanya

- Nervus V (Trigeminus)

Pasien dapat membuka dan menutup mata dengan baik, pasien dapat mengunyah dan menelan dengan baik

- Nervus VI (Abdusen)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke samping dan ke depan

- Nervus VII (Facialis)  
Senyum pasien simetris, pasien dapat mengangkat alis dan menggerakkan lidah
- Nervus VIII (Vestibulo)  
Pendengaran pasien normal, ditandai dengan pasien mampu menjawab setiap pertanyaan yang di ajukan oleh perawat
- Nervus IX (Glosofaringeus)  
Pasien dapat membedakan rasa manis dan asin pada saat makan
- Nervus X (Vagus)  
Gerakan lidah baik, fungsi sensorik dan motorik baik, pasien dapat menelan saliva
- Nervus XI (Acessoris)  
Gerakan kepala dan bahu normal, ditandai dengan pasien dapat mengikuti arahan dari perawat dan dapat mengangkat bahu ketika dikasih sedikit penekanan oleh tangan perawat
- Nervus XII (Hipoglosus)  
Pasien dapat menjulirkan lidah dengan menggerakkan dari kiri ke kanan dan dari kanan ke kiri

f. Data psikologis

- Status Emosi :  
Pasien dapat mengontrol emosinya
- Kecemasan.:  
Pasien cemas karena tidak bisa melakukan pola aktivitas seperti biasanya
- Pola koping. :  
Masalah yang dialami pasien yaitu merasakan kurang sempurna seperti dulu dan pasien menyadari kurang mampu mencapai ideal dirinya sebagai ibu dan istri. Sehingga pasien akan semangat dalam menjalankan pengobatan agar segera sembuh.

- Gaya komunikasi

Pasien berkomunikasi dengan baik, terbukti pasien dapat menjawab pertanyaan dan memberikan umpan balik kepada perawat saat dilakukan pemeriksaan.

- Konsep diri

- 1) Body image : pasien merasakan kurang sempurna seperti dahulu karena sekarang sedang sakit.
- 2) Ideal diri : pasien menyadari dirinya harus mampu berperan sebagai ibu dan istri yang baik kepada anak dan istrinya, akan tetapi karena sakit pasien kurang mampu mencapai ideal dirinya.
- 3) Peran diri : pasien menyadari sebagai seorang ibu dan istri yang baik kepada anak dan istrinya. Namun anak-anaknya tidak mempermasalahkannya, sehingga pasien dapat diterima di tengah keluarganya.
- 4) Identitas diri : pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan.
- 5) Harga diri : walaupun pasien tidak mencapai ideal dirinya, pasien tidak merasa rendah diri. Karena keluarganya mau menerima keadaan pasien yang sekarang dan selalu memberikan dukungan moril.

- g. Data sosial

Pasien dapat berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain, terbukti saat pasien menunjukkan sikap baik dan kooperatif pada tim medis.

- h. Data spiritual

- 1) Makna hidup: Pasien mengatakan makna hidupnya yaitu membangun hubungan yang selaras dengan tuhan, dan manusia serta alam sekitarnya.

- 2) Pandangan terhadap sakit : Pasien dan keluarga berpandangan bahwa penyakit pasien adalah cobaan dari Allah SWT. Yang mana rasa sakit itu adalah bentuk kasih sayang Allah kepada hambanya.
- 3) Keyakinan akan kesembuhan : Karena Pasien dan keluarga yakin bahwa penyakitnya bersumber dari Allah, maka akan hilang dan sembuh atas izin Allah pula dengan perantara perawat dan dokter,
- 4) Kemampuan beribadah saat sakit : Pasien beribadah berbaring di atas kasur Rumah Sakit, Pasien juga terkadang hilang konsentrasi karena sering mengeluh nyeri pada area luka operasinya.

i. Data penunjang

Hasil laboratorium

**Tanggal : 11/04/2023**

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai normal</b>
<b>HEMATOLOGI</b>		
Hemoglobin	12.1 g/dL	12.0 – 16.0
Lekosit	6760 sel/uL	3800 – 10600
Eritrosit	4.72 juta/uL	3.6 – 5.8
Hematokrit	36.6 %	35-47
Trombosit	<b>6790000</b> sel/uL	150000 - 440000
<b>KIMIA KLINIK</b>		
AST (SGOT)	<b>106</b> U/L	10 - 31
ALT (SGPT)	<b>112</b> U/L	9 - 36

Ureum	10 mg/dL	10 -50
Kreatinin	0.71 mg/dL	0.7 – 1.13
Glukosa Darah Sewaktu	104 mg/dL	70 - 200
<b>IMUNOLOGI</b>		
RAPID ANTIGEN COVID	Negatif	-

Hasil laboratorium

**Tanggal : 14/04/2023**

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai normal</b>
<b>KIMIA KLINIK</b>		
Protein Total	7.4 g/dL	6.6 – 8.3
Albumin	L 3.3 g/dL	3.7 – 5.3
Glukosa Sewaktu	151 mg/dL	70 – 200
<b>MIKROBIOLOGI</b>		
Mikobacterium TB	Terdeteksi	Tidak Terdekteksi
Resistensi Rifampisi	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdekteksi
<b>IMUNOSEROLOGI</b>		
Anti HIV	Non Reaktif	Non Reaktif

j. Program dan rencana pengobatan

Nama Obat	Dosis	Rute	Manfaat
Pantoprazole	1x40 mg	IV	Pantoprazole bermanfaat untuk mengurangi asam yang dihasilkan lambung. Jenis obat ini juga digunakan untuk mengatasi mulas, refluks asam, dan mengobati kerongkongan sebagai akibat dari kenaikan asam lambung
Pein loss	2x400 mg	IV	dengan indikasi pada labelnya adalah sebagai pengobatan nyeri sedang hingga berat sebagai terapi tambahan terhadap analgesik golongan opioid.
ondansentron	3x4	IV	Obat ini dapat digunakan sendiri atau dengan obat lain untuk mencegah mual dan muntah yang disebabkan oleh pengobatan obat

			kanker (kemoterapi) dan terapi radiasi. Obat ini juga digunakan untuk mencegah dan mengobati mual dan muntah setelah operasi
Paracetamol	4x1000 mg	Oral	Paracetamol adalah obat penghilang rasa sakit dan nyeri yang umum digunakan
Vipalbumin	3x2	Oral	Vipalbumin adalah suplemen untuk meningkatkan sistem imun, menambah kadar albumin dan globulin, serta mempercepat penyembuhan luka

## 2. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : Pasien mengatakan P : Nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat	Apendiks ↓ Obstruksi Lumen ↓ Bendungan Mucus ↓	<b>Nyeri Akut</b>

<p>Q : nyeri yang di rasakan seperti melilit dan perih</p> <p>R : Nyeri dirasakan pada luka post operasi (apendiktomi) yang berada di perut bawah</p> <p>S : Skala nyeri 7(0-10)</p> <p>T : Nyeri yang di rasakan hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Skala nyeri 7</li> <li>- Pasien tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Pasien tampak lemas</li> <li>- Pasien terus-terusan mengeluarkan keringat</li> <li>- Tanda-tanda vital  TD : 130/90 mmHg  R : 20 x/menit  N : 90x/menit  S : 36,9°C</li> </ul>	<p>Tekanan Intra Lumen</p> <p>Meningkat</p> <p>↓</p> <p>Aliran Limfe</p> <p>Terhambat</p> <p>↓</p> <p>Apendisitis</p> <p>↓</p> <p>Appendectomy</p> <p>↓</p> <p>Luka Insisi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Ujung Saraf Terputus</p> <p>↓</p> <p>Proses Prostaglandin</p> <p>↓</p> <p>Spinal Cord</p> <p>↓</p> <p>Cortex Selebri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri dipersepsikan</p> <p>↓</p> <p><b>Nyeri Akut</b></p>	
<p>DS : -</p> <p>DO :</p>	<p>Apendiks</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi Lumen</p>	<p><b>Resiko Infeksi</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka insisi post operasi di abdomen bawah</li> <li>- Panjang luka ±10 cm</li> </ul>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Bendungan Mucus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Tekanan Intra Lumen Meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Aliran Limfe Terhambat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Apendisitis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Appendectomy</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Luka Insisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pintu Masuk Kuman</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Resiko Infeksi</b></p>	
<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien merasa cemas saat bergerak, takut jahitannya terbuka</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemas</li> <li>- Pasien tampak sulit untuk bergerak</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Apendiks</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Obstruksi Lumen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Bendungan Mucus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Tekanan Intra Lumen Meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Aliran Limfe Terhambat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Apendisitis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Appendectomy</p>	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik</b></p>

<p>- Aktivitas dibantu oleh suami dan anaknya</p>	<p style="text-align: center;">↓ Luka Insisi ↓ Kerusakan Jaringan ↓ Ujung Saraf Terputus ↓ Proses Prostaglandin ↓ Spinal Cord ↓ Cortex Selebri ↓ Nyeri dipersepsikan ↓ Nyeri ↓ <b>Gangguan Mobilitas Fisik</b></p>	
---	--	--

#### B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi) ditandai dengan pasien tampak meringis kesakitan
2. Risiko Infeksi Berhubungan dengan efek prosedur infasive
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien tampak lemas, aktivitas dibantu oleh keluarga

### C. Perencanaan Perawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi). <b>(D.0077)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri menurun <b>(L.08066)</b> dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mengeluh nyeri</li> <li>2. Tidak meringis.</li> <li>3. Tidak bersikap protektif.</li> <li>4. Tidak gelisah.</li> <li>5. Tidak mengalami kesulitan tidur</li> <li>6. Frekuensi nadi membaik.</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri <b>(I.08238)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri.</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non-verbal.</li> <li>3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (mis. Relaksasi, guided imagery dan distraksi)</li> <li>2. Dukung istirahat tidur yang adekuat dan memberikan posisi yang nyaman</li> </ol> <p>Edukasi:</p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> <li>2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>3. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</li> </ol>
2.	<p>Risiko Infeksi</p> <p>Berhubungan dengan efek prosedur infasive <b>(D.0142)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi menurun <b>(L.14137)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat.</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat.</li> <li>3. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun.</li> <li>4. Kadar sel darah putih meningkat.</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi <b>(I.14539)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Berikan perawatan kulit pada area edema.</li> <li>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien.</li> <li>5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</li> </ol>

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.</li> </ol>
3.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ( post operasi)</p> <p><b>(D.0054)</b></p>	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik meningkat</p> <p><b>(L.05042)</b> dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kecemasan menurun</li> </ol> <p>Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p><b>(I.05173)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> </ol>

#### D. Pelaksanaan

No	Tanggal	Jam	Tindakan	DP	Paraf
1.	12 April 2023	08.00	Mengobservasi TTV E / TD : 130/90 mmHg N : 120 x/menit S : 36,5°C RR : 21 x/menit	1,2	
		08.10	Mengkaji Nyeri E / Pasien mengatakan nyeri disertai dengan perih dan rasa terbakar pada luka post operasi P : nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat Q : nyeri yang dirasakan seperti melilit dan perih R : nyeri pada luka post operasinya ( abdomen bawah )	1	

			S : skala nyeri 7 (0-10) T : nyeri yang dirasakan hilang timbul		
		08.30	Mengidentifikasi respon non verbal E/ Ekspresi pasien tampak meringis menahan nyeri	1	
		08.35	Memberikan terapi non farmakologi ( relaksasi nafas dalam, guided imagery dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri E / Pasien dapat mengikuti instruksi dari perawat dan dapat melakukan terapi non farmakologi sesuai arahan. Pasien mengatakan menjadi lebih rileks, tenang dan skala nyeri masih 7 setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam dan guided imagery	1	
		09.10	Mendukung istirahat tidur yang adekuat dan memberikan posisi yang nyaman E/	1	

			Mengatakan bersedia untuk istirahat dan pasien terlihat berusaha untuk tidur dengan posisi supinasi kepala ditinggikan dengan satu bantal		
		09.15	Menjelaskan kepada pasien penyebab dan pemicu nyeri E / Pasien memahami apa yang telah dikatakan oleh perawat untuk tidak terlalu banyak bergerak dulu untuk saat ini selama luka operasi belum kering	1	
		12.00	Memberikan terapi obat Paracetamol 4x1000 mg (1 tablet), Ondansentron 3x4 mg (IV) E / Pasien mengatakan bersedia menerima injeksi obat	1	
		12.30	Memberikan terapi non farmakologi ( relaksasi nafas dalam, guided imagery dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri	1	

			E / Pasien tampak lebih tenang dan rileks, pasien mengatakan nyeri berkurang dari sebelumnya dengan skala 7 menjadi 6 (0-10)		
		12.50	Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini E/ Pasien mengatakan akan melakukan mobilisasi dini seperti bangun dan duduk dari tempat tidur	3	
2.	13 April 2023	08.00	Mengobservasi TTV E / TD : 132/97 mmHg N : 100x/menit S : 36,4°C RR : 20x/menit SPO2 : 98%	1,2	
		08.10	Mengkaji Nyeri E / Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang	1	

			<p>P : nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat</p> <p>Q : nyeri yang dirasakan seperti melilit dan perih</p> <p>R : nyeri pada luka post operasinya ( abdomen bawah )</p> <p>S : skala nyeri 5 (0-10)</p> <p>T : nyeri yang dirasakan hilang timbul</p>		
		08.20	<p>Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>E/ Ekspresi pasien tampak meringis saat nyeri</p>	1	
		08.30	<p>Memberikan terapi non farmakologi ( relaksasi nafas dalam, guided imagery, distraksi musik dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri</p> <p>E / Pasien dapat mengikuti instruksi dari perawat dan dapat melakukan terapi non farmakologi sesuai arahan. Pasien mengatakan menjadi</p>	1	

			lebih rileks, tenang dan skala nyeri menurun dari 5 menjadi 6 setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam, guided imagery dan distraksi musik		
		09.00	Mengganti perban luka dan mengobservasi luka E / Masih terdapat sedikit perdarahan, luka dibersihkan dan perban diganti, tidak terdapat tanda-tanda infeksi	2	
		09.20	Menjelaskan tanda gejala infeksi E/ Pasien mengatakan sebelumnya tidak mengetahui tanda dan gejala infeksi, setelah diberikan edukasi pasien tampak memahami tanda dan gejala infeksi	2	
		09.30	Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E/	2	

			Pasien mengatakan bingung dengan jenis makanan apa saja yang harus dikonsumsi untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi		
		12.00	Memberikan diit E / Pasien diberikan diit susu	1,2	
		12.15	Mengajarkan pasien untuk mobilisasi dini E/ Pasien dapat melakukan mobilisasi dini seperti bangun hingga duduk ditempat tidur, berdiri dan belajar kekamar mandi	3	
		12.30	Memberikan terapi Ondansentron 3x4 (IV), Paracetamol 1x40mg (Oral), Vib albumin 3x2 (Oral) E / Pasien mendapat infus RL 20 tts/mnt dan pasien mengatakan bersedia menerima injeksi obat	1,2	
3.	14 April 2023	14.30	Mengobservasi TTV	1,2	

			<p>E /</p> <p>TD : 128/88 mmHg</p> <p>N : 71x/menit</p> <p>S : 36,9°C</p> <p>RR : 18x/menit</p> <p>SPO2 : 99%</p>		
		15.30	<p>Mengkaji Nyeri</p> <p>E /</p> <p>Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>P : nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat</p> <p>Q : nyeri yang dirasakan seperti melilit dan perih</p> <p>R : nyeri pada luka post operasinya ( abdomen bawah )</p> <p>S : skala nyeri 3 (0-10)</p> <p>T : nyeri yang dirasakan hilang timbul</p>	1	

		16.00	<p>Memberikan terapi non farmakologi ( relaksasi nafas dalam, guided imagery dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri</p> <p>E /</p> <p>Pasien dapat mengikuti instruksi dari perawat dan dapat melakukan terapi non farmakologi sesuai arahan. Pasien mengatakan menjadi lebih rileks, tenang dan skala nyeri menurun dari sebelumnya setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam dan guided imagery</p>	1	
		18.00	<p>Memberikan terapi obat Pein Loss 2 x 400 mg (IV), Paracetamol 4x1000 mg (Oral), Vib Albumin 3x2 (Oral)</p> <p>E/</p> <p>Obat dimasukkan lewat intravena</p>	1,2	
		18.30	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi dan perawatan luka</p> <p>E/</p>	2	

			Pasien mengatakan tidak merasakan panas pada luka, tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi seperti pembengkakan, kemerahan dan luka tampak bersih, perban diganti		
4.	15 April 2023	09.00	Mengobservasi Tanda-tanda vital E/ TD :127/79 mmHg N : 93x/menit RR : 21x/menit S : 36,0°C Spo2 : 98%	1,2	
		09.15	Mengkaji Nyeri E / Pasien mengatakan masih terdapat nyeri saat bergerak dengan skala 1 (0-10)	1	
		09.30	Memberikan terapi non farmakologi relaksasi E / Pasien mengatakan menjadi lebih rileks dan tenang	1	

		09.45	Mengganti perban dan mengobservasi luka post operasi E / Luka post operasi bagus, sudah mulai kering, tidak terdapat rubor, calor, tumor dan dolor	2	
		10.00	Memonitor tanda dan gejala infeksi E/ Pasien mengatakan tidak merasakan panas pada luka, tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi seperti pembengkakan, kemerahan dan luka tampak bersih	2	
5.	16 April 2023	10.00	Mengobservasi Tanda-tanda vital E/ TD : 131/80 mmHg N : 96x/menit RR : 20x/menit S : 36,8°C Spo2 : 99%	1,2	

		10.15	Mengkaji Nyeri E / Pasien mengatakan sudah tidak nyeri seperti sebelumnya	1	
		10.20	Menganjurkan terapi non farmakologi saat nyeri muncul E / Pasien mengatakan akan melakukan terapi nafas dalam atau mendengarkan music saat nyeri muncul	1	
		10.30	Mengganti perban dan mengobservasi luka post operasi E / Luka post operasi bagus, sudah mulai kering, tidak terdapat rubor, kalor, tumor dan dolor	2	
		11.00	Memberikan penkes mengenai tanda dan gejala infeksi E/	2	

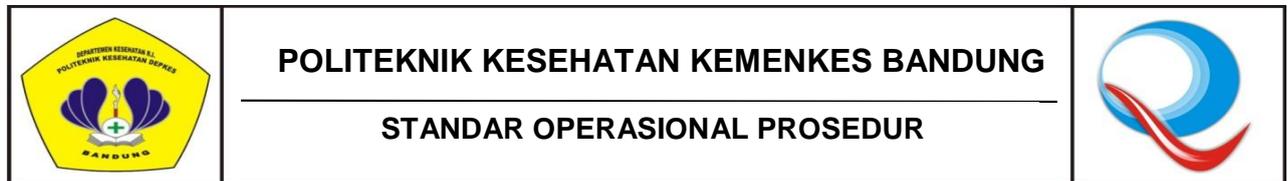
			Pasien mengatakan dapat memahami tanda dan gejala infeksi		
		11.15	Memberikan penkes mengenai manajemen nyeri E / Pasien mengatakan memahami mengenai manajemen nyeri dan akan melakukan tindakan yang telah dijelaskan saat pasien merasakan nyeri	1	
		11.30	Memberikan penkes mengenai diit tinggi kalori tinggi protein E / Pasien mengatakan memahami dan sudah bisa menentukan jenis makanan apa saja yang bagus untuk dikonsumsi dan yang seharusnya dihindari	2	

E. Evaluasi

Tanggal / Waktu	Dx	Catatan Perkembangan / Evaluasi	Paraf Pelaksana
16 April 2023  12.00 WIB	1	<p><b>S :</b></p> <p>Pasien mengatakan ia sudah tidak merasakan nyeri</p> <p><b>O :</b></p> <p>Ekspresi wajah meringis tidak ada, peningkatan frekuensi nafas dan nadi tidak ada</p> <p><b>A :</b></p> <p>Masalah keperawatan nyeri akut teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Masalah teratasi, pertahankan intervensi sampai pasien sembuh</p>	
16 April 2023  12.00 WIB	2	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan dapat memahami tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan tubuh supaya tidak terjadi infeksi</li> <li>- Pasien mengatakan akan merawat lukanya dengan</li> </ul>	

		<p>sebaik mungkin selama dirumah</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan pasien membaik</li> <li>- Tidak ada tanda gejala infeksi yang dirasakan pasien</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>	
16 April 2023	12.00 WIB	<p><b>S :</b></p> <p>Pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas atau bergerak sendiri ( sudah bisa ke kamar mandi sendiri )</p> <p><b>O :</b></p> <p>Pasien sudah bisa duduk hingga berjalan ke kamar mandi tanpa dibantu</p> <p><b>A :</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>	

## Lampiran 4. Standar Operasioanl Prosedur Realaksasi Nafas Dalam



Prosedur	PR-7.1.0-132.32.00-02-V3	Versi 4	Tanggal : 13 Desember 2016
----------	--------------------------	---------	----------------------------

### PROSEDUR MELATIH NAFAS DALAM

#### 1. TUJUAN

- 1.1 Menyiapkan klien pre dan post operasi
- 1.2 Mencegah komplikasi pernafasan
- 1.3 Mengurangi rasa nyeri (sebagai tindakan relaksasi)

#### 2. RUANG LINGKUP

Dilakukan pada klien pre-operasi, post-operasi, klien yang memiliki secret di jalan nafas dan menderita nyeri

#### 3. ACUAN

- 3.1. Potter, P. A. & Perry, A.G (2005). *Fundamentals of nursing*. 2<sup>nd</sup> Edition. St Louis: Elsevier  
Mosby
- 3.2. Potter, P. A. & Perry, A.G (1994). *Clinical nursing skills & techniques*. 3<sup>rd</sup> Edition. St Louis: Mosby Year Book
- 3.3. Kozier, B. & Erb, G. (2000). *Fundamentals of nursing: Concepts and procedures*. 4<sup>th</sup> Edition. St Louis: Mosby Year Book.
- 3.4. Craven, R.F., Hirnle, C.J., & Sauer, E.S. (1996). *Procedure checklists to accompany fundamentals of nursing: Human health and function*. Philadelphia: Lippincott

#### 4. DEFINISI

Melatih nafas dalam adalah suatu tindakan latihan nafas untuk pengembangan paru-paru dengan cara menarik nafas dalam selama 3-5 detik melalui hidung kemudian dikeluarkan secara perlahan melalui mulut.

## **5. PROSEDUR**

### **5.1 Tanggung jawab dan wewenang**

- 5.1.1. Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran
- 5.1.2. Koordinator mata ajaran Keperawatan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur melatih nafas dalam
- 5.1.3. Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan setiap peserta didik secara objektif baik di laboratorium maupun di lahan praktek

### **5.2 Pelaksanaan**

- 5.2.1. Pastikan kebutuhan klien akan latihan pernafasan dalam
- 5.2.2. Persiapan Klien:
  - 5.2.2.1. Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik)
  - 5.2.2.2. Informasikan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
- 5.2.3. Persiapan Lingkungan:
  - 5.2.3.1. Jaga privacy klien dengan menutup gordin/pasang sampiran
  - 5.2.3.2. Buka jendela dan ciptakan ruangan bersih serta nyaman
- 5.2.4. Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
- 5.2.5. Atur posisi klien fowler atau duduk
- 5.2.6. Anjurkan klien untuk meletakkan kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior
- 5.2.7. Minta klien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2 -3 detik
- 5.2.8. Kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut
- 5.2.9. Ulangi tindakan no 5.2.7 dan 5.2.8 sebanyak 3-5 kali
- 5.2.10. Perhatikan gerakan normal diafragma selama inspirasi dan ekspirasi serta area abdomen
- 5.2.11. Evaluasi respon klien setelah latihan dan rencana tindak lanjut
- 5.2.12. Anjurkan klien untuk melatih nafas dalam setiap hari minimal 1 kali
- 5.2.13. Sampaikan salam terminasi (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik)
- 5.2.14. Cuci tangan
- 5.2.15. Dokumentasikan hasil tindakan

## **6. PENGENDALIAN/PEMANTAUAN**

- 6.1. Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani
- 6.2. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan

- 6.3. Format penilaian tindakan melatih nafas dalam yang telah di tanda-tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan
- 6.4. Pedoman penilaian prosedur

## **7. DOKUMENTASI**

- 7.1. SOP No.... tentang Mencuci Tangan
- 7.2. SOP No.....tentang Komunikasi Terapeutik

## **8. PENGESAHAN**

Disusun oleh

Diperiksa oleh

Disetujui dan disahkan  
oleh

Tim Mata Ajaran KDM

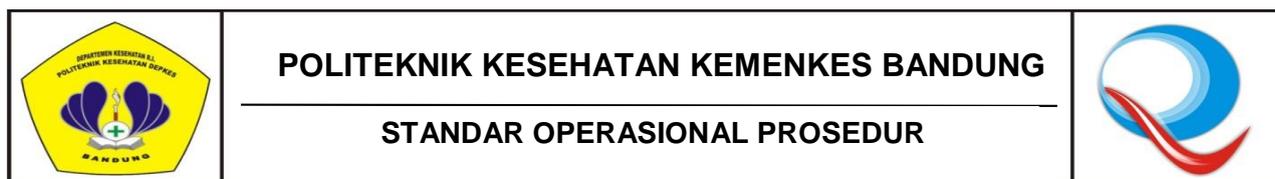
Unit Akademik:

Tanggal 13 Desember 2016 Tanggal

Ketua Prodi D III

Tanggal:

## Lampiran 5. Standar Operasioanl Prosedur Guided Imagery



Prosedur	PR-7.1.0-132.32.00-02-V3	Versi 4	Tanggal : 13 Desember 2016
----------	--------------------------	---------	----------------------------

### PROSEDUR TINDAKAN GUIDED IMAGERY

#### 6. TUJUAN

- 1.4 Mengurangi nyeri
- 1.5 Mengurangi kecemasan tingkat tinggi berkaitan dengan nyeri

#### 7. RUANG LINGKUP

Tindakan guided imagery dilakukan pada pasien yang :

- 2.1 . Mengalami nyeri akut maupun kronis
- 2.2 . mengekspresikan nyeri akut maupun kronis
- 2.3 . Mengalami nyeri dengan interval yang lama
- 2.4 Masih mengalami nyeri walaupun therapy obat sudah diberikan

#### 8. ACUAN

- a. Boyd Claire., (2015) Clinical Skill for Nurses, Panduan Praktek Klinis Untuk Perawat, alih basa Inke Kusumastuti., dr,Jakarta,Erlangga
- b. Kozier, B. & Erb, G. (2011). Fundamentals of nursing: Concepts and procedures Vol 1, 7th Edition. St Louis: Mosby Year Book.
- c. Potter, P. A. & Perry, A.G (2005). Fundamentals of nursing. 2nd Edition. St Louis: Elsevier Mosby
- d. Ratna Hidayati., Dkk (2014)., Praktik Laboratorium Keperawatan., Jakarta, Erlangga

#### 9. DEFINISI

Guided imagery adalah teknik visualisasi pembentukan gambar sensory, atau melihat gambaran dalam pikiran seseorang yang mampu mengalihkan sensasi nyeri.

#### 10. PROSEDUR

##### 5.1 Tanggung jawab dan wewenang

- 5.1.1. Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran
- 5.1.2. Koordinator mata ajaran Keperawatan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur melatih nafas dalam
- 5.1.3. Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan setiap peserta didik secara objektif baik di laboratorium maupun

di lahan praktek

## **5.2 Pelaksanaan**

- 5.2.1 Kaji ulang kebutuhan akan teknik relaksasi
- 5.2.2 Persiapan pasien:
  - Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik)
  - Informasikan kepada pasien tentang tujuan & prosedur tindakan yg akan dilakukan
  - Lakukan kontrak waktu
- 5.2.3 Persiapan alat :
  - Tape recorder/CD/VCD player
  - Kaset/CD/VCD lagu 5.2.3.3 Alas dan bantal untuk telentang atau kursi dengan sandaran
- 5.2.4 Persiapan Lingkungan
  - Jaga privacy pasien dengan menutup gordin atau pasang sampiran
  - Siapkan lingkungan ruangan yang tenang, hening, aman dan nyaman (batasi pengujung, matikan telepon/handphone)
- 5.2.5 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
- 5.2.6 Dekatkan alat-alat disamping tempat tidur pasien
- 5.2.7 Atur posisi yang nyaman menurut pasien
  - a. Jika berbaring, letakkan bantal di bawah lutut, kaki bagian bawah & kepala
  - b. Jika duduk, letakkan kedua telapak kaki di lantai, tangan di atas lutut, punggung Jurus, dan kepala lurus dengan nyaman.
- 5.2.8 Instruksikan pasien hal-hal berikut ini dengan suara yang lembut :
  - a. Tutup mata anda pelan-pelan
  - b. Arahkan perhatian kepada seluruh tubuh saudara
  - c. Bernafaslah dengan lembut dan dalam, dengarkan dengan cermat perintah instruktur yang akan disampaikan selama pelatihan ini
- 5.2.9 Membacakan teks perjalanan imagery dengan tenang dan lembut dengan intonasi suara yang jelas atau dapat diputarkan kaset/vcd/dvd yang berisi rekaman perjalanan imagery selama 10-15 menit.
- 5.2.10 Minta pasien untuk membuka mata perlahan, lalu lihatlah lingkungan sekitar saudara, gerakan tubuh secara perlahan
- 5.2.11 Evaluasi pasien apakah ia merasa lebih rileks dibandingkan sebelumnya.
- 5.2.12 Alat dirapihkan
- 5.2.13 Akhiri interaksi dengan salam
- 5.2.14 Cuci tangan
- 5.2.15 Dokumentasikan hasil tindakan

## **6. PENGENDALIAN/PEMANTAUAN**

- 6.5. Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani
- 6.6. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan
- 6.7. Format penilaian tindakan melatih nafas dalam yang telah di tanda-tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan
- 6.8. Pedoman penilaian prosedur

## **7. DOKUMENTASI**

7.1. SOP No.... tentang Mencuci Tangan

7.2. SOP No.....tentang Komunikasi Terapeutik

## **9.PENGESAHAN**

Disusun oleh

Diperiksa oleh

Disetujui dan disahkan  
oleh

Tim Mata Ajaran KDM

Unit Akademik:

Tanggal 13 Desember 2016 Tanggal

Ketua Prodi D III

Tanggal:



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG**  
**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**



Prosedur	PR-7.1.0-132.32.00-02-V3	Versi 4	Tanggal :
----------	--------------------------	---------	-----------

**PROSEDUR TINDAKAN  
DISTRAKSI**

**1. TUJUAN :**

- 1.1. Memberikan rasa nyaman
- 1.2. Memperbaiki disfungsi fisik
- 1.3. Merubah respon fisiologis
- 1.4. Mengurangi rasa takut berhubungan dengan nyeri.
- 1.5. Memperbaiki persepsi nyeri dari klien
- 1.6. Memperbaiki perilaku terhadap nyeri
- 1.7. Membantu klien mengontrol nyeri

**2. RUANG LINGKUP :**

Tindakan Distraksi dilakukan pada klien yang:

- 2.1 Mengalami nyeri akut maupun kronis
- 2.2 Meminta bantuan intervensi
- 2.3 Mengekspresikan kecemasan dan ketakutan
- 2.4 Mungkin berguna untuk menghindari/mengurangi therapy obat.
- 2.5 Mengalami nyeri dengan interval yang lama.
- 2.6 Masih mengalami nyeri walaupun terapi obat sudah diberikan

Tindakan ini meliputi: mendengarkan atau bermain musik, bernyanyi, berdoa, menjelaskan photo adat gambar tertentu, menonton televisi dan bermain game/permainan.

**3. ACUAN :**

- 3.1. Potter, P. A. & Perry, A.G (2005). *Fundamentals of nursing*. 2<sup>nd</sup> Edition. St Louis: Elsevier Mosley
- 3.2. Snyder M. (1992), *Independent Nursing Intervention*, 2<sup>nd</sup> edition, Delmar Publisher

**4. DEFINISI :**

Distraksi adalah tindakan mengalihkan perhatian klien kepada hal lain sehingga dapat mengurangi perhatian dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

**5. PROSEDUR**

**5.1. Tanggung jawab dan wewenang :**

- 5.1.1. Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran
- 5.1.2. Koordinator mata ajaran KDM yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur distraksi sebagai bagian dari tindakan penanganan nyeri.
- 5.1.3. Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan setiap peserta didik secara objektif baik di laboratorium maupun di lahan praktek

**5.2. Pelaksanaan**

- 5.2.1. Kaji ulang kebutuhan akan teknik distraksi
- 5.2.2. Persiapan klien:
  - 5.2.2.1. Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik)
  - 5.2.2.2. Informasikan kepada klien tentang tujuan & prosedur tindakan yg akan dilakukan
  - 5.2.2.3 Lakukan kontrak waktu
- 5.2.3. Persiapan alat:
  - 5.2.3.1. Radio kaset

- 5.2.3.2 Mp3/DVD player
- 5.2.3.3 Earphones
- 5.2.3.4 Kaset/CD/VCD lagu
- 5.2.3.5 Buku bacaan/majalah/Koran
- 5.2.3.6 Televisi
- 5.2.3.7 Alat permainan/game seperti kartu remi, domino, halma, catur dsb
- 5.2.4. Persiapan Lingkungan
  - 5.2.4.1. Jaga privacy klien dengan menutup gordin atau pasang sampiran
  - 5.2.4.2. Siapkan lingkungan ruangan yang tenang
  - 5.2.4.3. Atur pencahayaan dan suhu yang cukup
  - 5.2.4.4. Batasi pengunjung dan hindari percakapan yang berlebihan
  - 5.2.4.5. Matikan telepon/handphone
- 5.2.5. Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
- 5.2.6. Dekatkan alat-alat disamping tempat tidur klien
- 5.2.7. Atur posisi yang nyaman menurut klien
- 5.2.8. Tawarkan pada klien untuk memilih teknik distraksi yang diinginkan
- Pada klien yang ingin mendengarkan lagu :*
- 5.2.9. Pasangkan earphones
- 5.2.10. Hidupkan radio kaset/MP3/VCD/DVD player
- 5.2.11. Pilih jenis lagu yang diinginkan klien
- 5.2.12. Atur volume sesuai keinginan klien
- 5.2.13. Anjurkan pasien untuk mendengarkan lagu tsb selama 30 menit
- Pada klien yang ingin menonton televisi atau film*
- 5.2.14. Hidupkan TV atau VCD/DVD player
  - 5.2.3.8 Kaset/CD/VCD lagu
  - 5.2.3.9 Buku bacaan/majalah/Koran
  - 5.2.3.10 Televisi
  - 5.2.3.11 Alat permainan/game seperti kartu remi, domino, halma, catur dsb
- 5.2.15. Persiapan Lingkungan
  - 5.2.15.1. Jaga privacy klien dengan menutup gordin atau pasang sampiran
  - 5.2.15.2. Siapkan lingkungan ruangan yang tenang
  - 5.2.15.3. Atur pencahayaan dan suhu yang cukup
  - 5.2.15.4. Batasi pengunjung dan hindari percakapan yang berlebihan
  - 5.2.15.5. Matikan telepon/handphone
- 5.2.16. Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
- 5.2.17. Dekatkan alat-alat disamping tempat tidur klien
- 5.2.18. Atur posisi yang nyaman menurut klien
- 5.2.19. Tawarkan pada klien untuk memilih teknik distraksi yang diinginkan
- Pada klien yang ingin mendengarkan lagu :*
- 5.2.20. Pasangkan earphones
- 5.2.21. Hidupkan radio kaset/MP3/VCD/DVD player
- 5.2.22. Pilih jenis lagu yang diinginkan klien
- 5.2.23. Atur volume sesuai keinginan klien
- 5.2.24. Anjurkan pasien untuk mendengarkan lagu tsb selama 30 menit
- Pada klien yang ingin menonton televisi atau film*
- 5.2.25. Hidupkan TV atau VCD/DVD player
- 5.2.26. Pilihlah chanel atau film yang diinginkan klien
- 5.2.27. Anjurkan klien untuk menonton selama 30 menit
- Pada klien yang ingin membaca majalah/buku*
- 5.2.28. Berikan buku/majalah atau koran sesuai keinginan klien
- 5.2.29. Anjurkan untuk membaca selama 30 menit
- Pada klien yang ingin bermain permainan tertentu*

- 5.2.30. Tawarkan pada klien untuk memilih alat permainan yang diinginkan
- 5.2.31. Temani bermain selama 30 menit
- 5.2.32. Evaluasi hasil tindakan dan susun rencana tindak lanjutnya
- 5.2.33. Peralatan dibersihkan dan dibereskan
- 5.2.34. Akhiri interaksi dengan mengucapkan salam
- 5.2.35. Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
- 5.2.36. Dokumentasikan hasil tindakan

## **6. PENGENDALIAN/PEMANTAUAN**

- 6.1. Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani
- 6.2. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan
- 6.3. Format penilaian tindakan distraksi yang telah di tanda-tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan
- 6.4. Pedoman penilaian kompetensi

## **7. DOKUMENTASI**

- 7.1. SOP No.... tentang Mencuci Tangan
- 7.2. SOP No.....tentang Komunikasi Terapeutik

## **8. PENGESAHAN**

Disusun oleh	Diperiksa oleh	Disetujui dan disahkan oleh
Tim Mata Ajaran KDM Tanggal	Bag Akademik: Tanggal	Ka. Jurusan keperawatan. Tanggal:

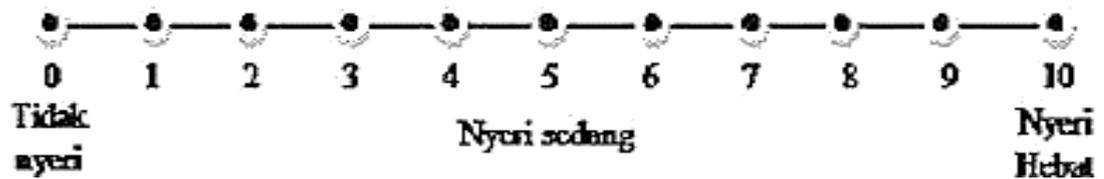
Lampiran 7 Lembar Observasi

**LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI**

NAMA :

UMUR :

ALAMAT :



Keterangan :

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan ( secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4-6 : nyeri sedang

7-9 : nyeri berat

10 : Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi

Pertemuan Ke	Sebelum Intervensi	Sesudah Intervensi
	Skor nyeri	Skor nyeri
1.	7	6
2.	5	4
3.	3	2
4.	1	1
5.	0	0

*Lampiran 8 Satuan Acara Penyuluhan*

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Masalah	: Nyeri Akut akibat Post Appendectomy
Pokok Bahasan	: Nyeri
Sub Pokok Bahasan	: Manajemen nyeri
Sasaran	: Pasien Ny. I
Waktu	: 15 menit
Tanggal	: 16 April 2023
Tempat	: Rumah Pasien
Pelaksana	: Dalva Dalilah

- Tujuan Umum  
Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien mampu mengontrol nyeri dengan menggunakan teknik “manajemen nyeri”
- Tujuan Khusus  
Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dapat :
  1. Mengetahui pengertian dari nyeri
  2. Menyebutkan tanda dan gejala nyeri
  3. Menyebutkan macam-macam manajemen nyeri
  4. Memperagakan salah satu teknik menghilangkan nyeri
- Kegiatan pembelajaran
  1. Pokok materi
    - 1) Pengertian dari nyeri
    - 2) Tanda dan gejala dari nyeri
    - 3) Macam-macam teknik manajemen nyeri

2. Metode

- 1) Ceramah
- 2) Tanya Jawab

3. Media

Leaflet

4. Langkah-langkah

No	Materi	Kegiatan		keterangan
		penyuluh	sasaran	
1.	Kegiatan Pra pembelajaran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempersiapkan materi media dan tempat</li> <li>2. Memberi salam</li> <li>3. Perkenalan</li> <li>4. Kontrak waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mempersiapkan diri untuk mendengarkan materi</li> <li>b. Membalas salam</li> <li>c. Memperhatikan</li> <li>d. Menyetujui kesepakatan waktu</li> </ol>	2 menit
2.	Membuka pembelajaran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tujuan</li> <li>2. Apersepsi</li> <li>3. Menjelaskan pokok bahasan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mendengarkan penyuluh dengan seksama</li> <li>b. Menyampaikan pengetahuannya tentang materi penyuluhan</li> <li>c. Mendengarkan penyuluh menyampaikan materi</li> </ol>	3 menit
3.	Kegiatan Inti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pengertian nyeri</li> <li>2. Menyebutkan tanda dan gejala nyeri</li> <li>3. Menyebutkan macam-macam nyeri</li> <li>4. Memperagakan salah satu teknik manajemen nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyimak penyuluh dengan seksama</li> <li>b. Memahami materi yang disampaikan penyuluh</li> <li>c. Mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh penyuluh</li> </ol>	6 menit
4.	Penutup	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan post test</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menjawab pertanyaan yang</li> </ol>	4 menit

		2. Mengamati peserta yang sedang melakukan re demonstrasi 3. Menyimpulkan materi 4. Memberi salam	diberikan oleh penyuluh b. Melakukan re-demonstrasi latihan nafas dalam c. Memperhatikan penyuluh d. Menjawab salam	
--	--	---	--	--

## 5. Lampiran materi

### a) Pengertian nyeri

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan seperti terbakar, tertusuk, atau ditikam.

### b) Tanda dan gejala nyeri

- Suara
  - a. Menangis
  - b. Merintih
  - c. Menarik/menghembuskan nafas
- Ekspresi wajah
  - a. Meringis
  - b. Menggigit lidah, mengatupkan gigi
  - c. Tertutup rapat/membuka mata dan mulut
  - d. Mengigit bibir
- Pergerakan tubuh
  - a. Kegelisahan
  - b. Modar-mandir
  - c. Gerakan mengosok atau berirama
  - d. Bergerak melindungi tubuh
  - e. Otot tegang
- Interaksi social

- a. Menghindari percakapan dan kontak social
  - b. Berfokus aktivitas untuk meringankan nyeri
  - c. Disorientasi waktu
- c) Teknik manajemen nyeri
- a. Distraksi  
Distraksi adalah untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan, contoh :
    - Membayangkan hal-hal yang menarik dan indah
    - Membaca buku, Koran sesuai dengan keinginan
    - Menonton TV
    - Mendengarkan music, radio dan lain-lain
  - b. Relaksasi nafas dalam  
Teknik relaksasi memberi individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri ibu dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom.

Tahapan relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut:

- 1) Ciptakan lingkungan yang tenang
- 2) Usahakan tetap rileks dan tenang
- 3) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1.2.3 4.
- 4) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
- 5) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali 6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- 6) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- 7) Usahakan agar tetap konsentrasi /mata sambil terpejam
- 8) Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri

- 9) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- 10) Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.

*Lampiran 9 SAP Perawatan luka*

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Masalah	: Perawatan Luka Post Operasi di Rumah
Pokok Bahasan	: Perawatan Luka
Sub Pokok Bahasan	: Langkah-langkah perawatan Luka
Sasaran	: Pasien Ny. I
Waktu	: 15 menit
Tanggal	: 16 April 2023
Tempat	: Rumah Pasien
Pelaksana	: Dalva Dalilah

- Tujuan Umum  
Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga bisa melaksanakan perawatan luka dirumah.
  - Tujuan Khusus  
Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dapat :
    5. Mengetahui pengertian dari infeksi
    6. Mengetahui penyebab infeksi
    7. Menyebutkan tanda dan gejala infeksi
    8. Menyebutkan tujuan perawatan luka
    9. Menjelaskan Langkah-langkah perawatan luka
  - Kegiatan pembelajaran
5. Pokok materi
- 4) Pengertian infeksi
  - 5) Tanda dan gejala infeksi
  - 6) Tujuan perawatan luka

- 7) Langkah-langkah perawatan luka dirumah
- 6. Metode
  - 3) Ceramah
  - 4) Tanya Jawab
- 7. Media
  - Leaflet

8. Langkah-langkah

No	Materi	Kegiatan		keterangan
		penyuluh	sasaran	
1.	Kegiatan Pra pembelajaran	6. Mempersiapkan materi media dan tempat 7. Memberi salam 8. Perkenalan 9. Kontrak waktu	e. Mempersiapkan diri untuk mendengarkan materi f. Membalas salam g. Memperhatikan h. Menyetujui kesepakatan waktu	2 menit
2.	Membuka pembelajaran	4. Menjelaskan tujuan 5. Apersepsi 6. Menjelaskan pokok bahasan	d. Mendengarkan penyuluh dengan seksama e. Menyampaikan pengetahuannya tentang materi penyuluhan f. Mendengarkan penyuluh menyampaikan materi	3 menit
3.	Kegiatan Inti	5. Menjelaskan pengertian infeksi 6. Menyebutkan tanda dan gejala infeksi	d. Menyimak penyuluh dengan seksama e. Memahami materi yang disampaikan penyuluh	6 menit

		7. Tujuan perawatan luka 8. Mempergakan Langkah-langkah perawatan luka	f. Mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh penyuluh	
4.	Penutup	5. Melakukan post test 6. Mengamati peserta yang sedang melakukan re demonstrasi 7. Menyimpulkan materi 8. Memberi salam	e. Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh penyuluh f. Melakukan re-demonstrasi latihan nafas dalam g. Memperhatikan penyuluh h. Menjawab salam	4 menit

## 10. Lampiran materi

### d) Pengertian Infeks

Infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman ke dalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu.

### e) Tanda dan gejala Infeksi

- Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas
- Merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
- Ada kemeraha pada kulit didaerah luka
- Terjadi bengkak pada daerah luka
- Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
- Luka berbau tidak sedap
- Terdapat cairan nanah pada luka

### f) Tujuan Perawatan Luka

- Membersihkan luka dari nanah dan sel-sel kulit mati.
- Mencegah luka dari infeksi.

- Mengganti perban atau balutan.
- Mempercepat penyembuhan.
- Meminimalkan bekas luka atau terbentuknya keloid.

g) Langkah-langkah perawatan luka

➤ Alat dan bahan

- Baskom
- Air hangat yang sudah di didihkan
- Kasa
- Betadin
- Air mengalir untuk cuci tangan
- Plester

➤ Langkah-langkah

- Siapkan alat dan bahan
- Cuci tangan menggunakan sabun dan tidak boleh menyentuh alat yang lain
- Buka balutan jika luka tertutup
- Bersihkan luka menggunakan kasa dan air hangat
- Oles luka dengan satu arah
- Keringkan
- Oles betadine
- Tutup luka dengan kasa
- Plester

## Lampiran 10 Leaflet

**3. Menonton TV**



**4. Mendengarkan musik, radio, dll**



**Relaksasi Nafas Dalam**

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisap paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3
4. Perlahan-lahan udara diembuskan melalui mulut sambil merasakan elastisitas atas dan bawah rileks
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
11. Ulangi sampai 25 kali, dengan selang istirahat singkat setiap 5 kali.



## MANAGEMENT NYERI



Politeknik Kesehatan Bandung  
D3 KEPERAWATAN BANDUNG

**Pengertian Nyeri**

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan seperti terbakar, tertusuk, atau ditilam.



**Pembagian Nyeri**

- 1. Nyeri akut (< 6 bulan)**  
Nyeri akut biasanya terjadi secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.
- 2. Nyeri kronik**  
Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik merupakan nyeri yang dirasakan selama lebih dari 6 bulan



**Tanda dan Gejala Nyeri**

\* SUARA

1. menangis
2. merintih
3. menarik/ menghembuskan nafas



\* EKSPRESI WAJAH

1. meringis
2. menggigit lidah, mengatupkan gigi
3. tertutup rapat/membuka mata atau mulut
4. menggigit bibir

\* PERGERAKAN TUBUH

1. kegelisahan
2. mondar-mandir
3. gerakan menggosok atau berirama
4. bergerak melindungi tubuh
5. otot tegang

\* INTERAKSI SOSIAL

1. menghindari percakapan dan kontak sosial
2. berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri
3. disorientasi waktu



**Cara Mengurangi Nyeri**

**Distaksi**

Distaksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan

Contoh :

1. Membayangkan hal-hal yang menarik dan indah



2. Membaca buku, Koran sesuai dengan keinginan





### KEBUTUHAN NUTRISI UNTUK PENYEMBUHAN LUKA



#### Mendapatkan Zinc Cukup

Zinc biasanya ditemukan dalam makanan protein tinggi, seperti : daging, seafood, ayam, kacang-kacang, keju dan susu.

#### Makanan Kaya Vitamin C

Vitamin C dapat membantu mempercepat proses penyembuhan dan dapat membantu dalam kekuatan jaringan untuk disembuhkan.

#### Makanan Kaya Vitamin E

Mendapatkan cukup vitamin E dalam diet dan dapat meningkatkan penyembuhan dan mengurangi pembentukan bekas luka.



### Makanan Yang Harus Dihindari Jika Anda Sedang Penyembuhan Luka

Makanan yang mengandung rempah-rempah

Gula

Pada luka luar yang masih basah, sangat dibutuhkan penggumpalan darah agar cepat mengering, tetapi rempah-rempahnya bersifat sebaliknya, yaitu mengurangi risiko penggumpalan. Pembekuan darah sangat penting untuk penyembuhan luka.

Activate Wine

### MAKANAN YANG DAPAT MEMPERCEPAT PENYEMBUHAN LUKA

#### Mengandung Protein Tinggi

Tubuh anda membutuhkan asam amino dalam makanan yang kaya protein untuk meregenerasi sel-sel dan jaringan yang rusak oleh cedera atau luka.



#### Makanan Kaya Vitamin A

Vitamin A merupakan nutrisi penting lain untuk penyembuhan yang tepat. Ini berfungsi sebagai antioksidan, membantu untuk menekan peradangan dari cedera.



#### Kebutuhan Nutrisi Saat Luka

Nutrisi memainkan peran yang besar dalam proses penyembuhan luka, meskipun tergantung pula pada keparahan dari luka yang dialami.

Nutrisi menjadi bahan baku untuk tubuh bisa menjalankan proses tersebut hingga luka sepenuhnya pulih.

Activate Wine



## PROSEDUR PERAWATAN LUKA DI RUMAH

### ALAT DAN BAHAN

- Baskom
- Air hangat yang sudah di didihkan
- Kasa
- Betadin
- Air mengalir untuk cuci tangan
- Plester

### LANGKAH - LANGKAH

- Siapkan alat dan bahan
- Cuci tangan menggunakan sabun dan tidak boleh menyentuh alat yang lain
- Buka balutan jika luka tertutup
- Bersihkan luka menggunakan kasa dan air hangat
- Oles luka dengan satu arah
- Keringkan
- Oles betadine
- Tutup luka dengan kasa
- Plester

Sumber:  
<https://www.halodoc.com/kesehatan/perawatan-luka>

### PENGERTIAN

Perawatan luka adalah tindakan merawat luka dengan upaya untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman/bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.

### TUJUAN PERAWATAN LUKA

- Membersihkan luka dari nanah dan sel-sel kulit mati.
- Mencegah luka dari infeksi.
- Mengganti perban atau balutan.
- Mempercepat penyembuhan.
- Meminimalkan bekas luka atau terbentuknya keloid.

### JENIS PERAWATAN LUKA

#### PERAWATAN LUKA MINOR

Luka akut terjadi akibat adanya jaringan yang rusak karena trauma. Luka jenis ini bisa didapatkan secara sengaja, seperti dalam luka prosedur bedah.

#### PERAWATAN LUKA KRONIS

Luka yang tidak bisa diatasi dengan pengobatan selama jangka waktu tertentu (biasanya 4 minggu), dan terjadinya inflamasi.



**POLTEKES BANDUNG**  
D3 KEPERAWATAN  
BANDUNG

# PERAWATAN LUKA

Activate Windows  
Go to Settings to



## TERIMA KASIH

Sumber:  
<https://www.halodoc.com/kesehatan/perawatan-luka>

### PENGERTIAN

Infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman ke dalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu.

### PENYEBAB INFEKSI

- Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam tubuh
- Luka terbuka dan kotor
- Gizi buruk
- Daya tahan tubuh lemah
- Mobilitas terbatas atau kurang gerak

### TANDA DAN GEJALA INFEKSI

- Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas
- Merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
- Ada kemerahan pada kulit di daerah luka
- Terjadi bengkak pada daerah luka
- Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
- Luka berbau tidak sedap
- Terdapat cairan nanah pada luka

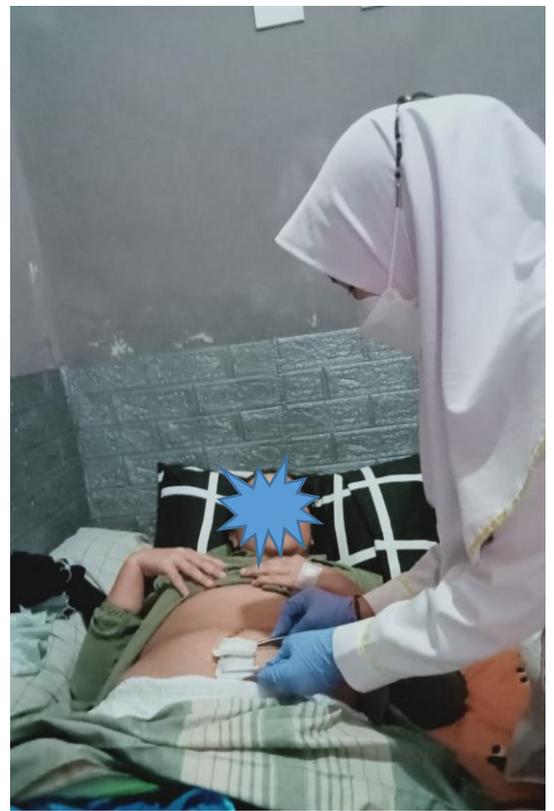
## RESIKO INFEKSI

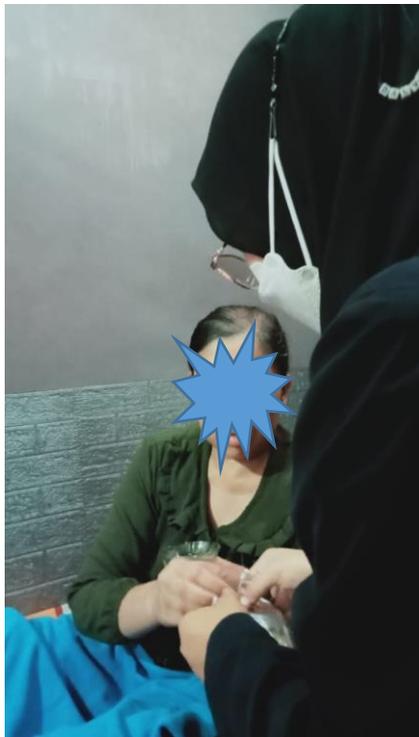
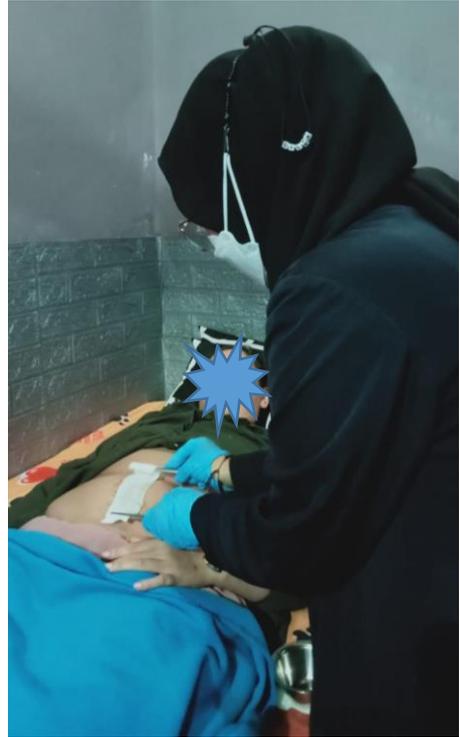


Activate Windows  
Go to Settings to

Lampiran Dokumentasi







Lampiran lembar format bimbingan

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Dalva Delilah  
 NIM : P1330130017  
 Nama Pembimbing : Dr. Lina Erlina, s.kp M. kep., sp. KMB  
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST APPENDICITOMY  
 DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN PASIEN NYAMAN: NYERI AKUT  
 DI RSUD AL-ITICAH PROVINSI JAWA BARAT

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Selama 29 Januari 2023	Persiapan Pengambilan Judul menyamakan persepsi penyusunan KTI	Mencari judul sesuai interest dan mempertimbangkannya Menyusun BAB I secara mandiri		
1	Selama 07-02-2023	Membahas hasil presentasi BAB I	Memperbaiki Melengkapi BAB I sesuai revisi Melanjutkan BAB I		

3.	Selasa 21-02-2023	Membahas kegiatan pengajaran BAB I dan BAB II	Melanjutkan/ melengkapi BAB I - BAB II	<i>[Signature]</i>	?
1.	Jumat 19-02-2023	Membahas beberapa perubahan outline penulisan	Perbaiki/ lanjutkan dan lengkapi isi BAB I - BAB II seuai outline terbaru	<i>[Signature]</i>	?
5.	Jumat 03-03-2023	Membahas hafal refleksi sajian BAB I - BAB II	lengkapi Pengajaran BAB I - BAB II Perbaiki kalimat yang belum lengkap Perbaiki format penulisan	<i>[Signature]</i>	?
1.	Pabu 15-03-2023	Membahas pengajaran BAB I - BAB II	- Perbaiki patofisiologi patwaynya samakan dengan intervensi/ perencanaan	<i>[Signature]</i>	?
7		Membahas mengeai patway dan Perbaiki kata/kalimat	- Patofisiologi Patwaynya Perbaiki - kata/kalimat di garis miring - diagnosis di sesuaikan	<i>[Signature]</i>	?
8	Jenin 3 April 2023	BAB I + II	Uraian lengkap Propose		?

1.	15 Mei 2023	Aster	Membuat BAB IV dan V		
2.	23 Mei 2023	Membahas BAB IV	Hubungi struktur karut dan Pembahasan faktor sesuai judul		
3.	30 Mei 2023	Pembahasan BAB 9-5	Studi kasus masukkan data Senjang Vaja - Pembahasan ditambah dengan referensi		
4.	5 Juni 2023	BAB I-8	Ace & Sany		gh
5.	14 Juni 2023	Revisi Paragraf Siny	Substansi Revisi		gh
6.					

Lampiran 15: Lembar Bimbingan Tugas Akhir/KTI

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Dava Dallah  
 NIM : P17310120017  
 Nama Pembimbing : SUKAMTI, S. Pd., S. Kep., Ners  
 Judul KTI : ASIHAN KEPERAWATAN PASIEN POST APPENDECTOMY  
DEGANI GANGGUAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN:  
NYERI AKUT DI RSUD AL-IMLAH PROVINSI  
JAWA BARAT

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu 25-01-2023	Mendiskusikan mengenai topik yang diteliti	Mencari dan membaca jurnal-jurnal terkait topik yang diteliti		
2.	Kamis 26-01-2023	Mendiskusikan judul skripsi KTI	Membuat latar belakang		
5.	Jumat 27-01-2023	Mendiskusikan isi latar belakang	Partisipasi latar belakang		
4.	Kamis 02-02-2023	Memperbaiki BAB I	- Memperbaiki BAB I - Melanjutkan BAB II		
5.	Rabu, 08-02- 2023	Membahas progress BAB II	Melanjutkan Pengerjaan BAB II		

6	Kamis 16-03- 2023	Membahas penyelesaian BAB II	- Melengkapi isi BAB II	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
7.	Rabu, 14-03- 2023	Membahas susunan dan isi dari BAB II	- Memperbaiki BAB II - Melanjutkan pengerjaan susunan BAB III	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
8.	Rabu, 01-03-2023	Mendiskusikan hasil keepakatanan team KMB	Ke-Organize fi kekeluargaan KTI	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
9.	Jelam 29-03-2023	Mendiskusikan keseluruhan isi KTI dari BAB I - III	Memperbaiki isi keseluruhan KTI dari BAB I - III	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
10	Kamis 30-03-2023	Mendiskusikan dan memperbaiki isi KTI dari BAB I - III	Lengkapi keseluruhan BAB I - BAB III	<i>Hana</i>	<i>JK</i>

1.	10 April 2023	Perbaikan proposal KTI	- Lanjutkan BAB 4-5 - Praktek komprehensif	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
2.	01 April 2023	Memperbaiki file KTI	Perbaiki kalimat pada isi	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
3.	02 April 2023	Pembatalan BAB 4-5	Perbaiki BAB 1-5	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
4.	05 April 2023	BAB I - II	dec filing.	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
5.	14 April 2023	Rekomendasi dan Abstrak	Abstrak i.l.a teori, tujuan, metode dan hasil, kesimpulan dan rekomendasi Dumlah daftar pustaka	<i>Hana</i>	<i>JK</i>
6.	15 April 2023	Perbaikan Abstrak	Tuntas di kenvh.	<i>Hana</i>	<i>JK</i>

## RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas Diri

Nama : Dalva Dalilah  
Tempat tanggal lahir : Purwakarta, 20 Maret 2002  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status : Belum menikah  
Alamat : Kp. Rawabelut Desa. Rawasari RT/RW 03/02  
Kec. Plered Kab. Purwakarta Jawa Barat 41162  
No. Telpon : 083825708892  
E-mail : [dalvalilah7@gmail.com](mailto:dalvalilah7@gmail.com)

### B. Riwayat Pendidikan

Tahun	Institusi	Jurusan
2006-2008	TK AGNIA	-
2008-2014	SDN 2 Gandasoli	-
2014-2017	SMPN Rawasri	-
2017-2020	SMAS Al-Ittihad	MIPA
2020-sekarang	Poltekes Kemenkes Bandung	D3 Keperawatan