



ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.B DENGAN POST OP APPENDIKTOMI DI RUANG KHADIJAH RSUD BANGKINANG

Ridha Hidayat

Program Studi D3 Keperawatan, Universitas Pahlawan, Indonesia

hidayat2213120@gmail.com

ABSTRAK

Apendisitis merupakan peradangan akibat infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Tindakan yang paling umum dilakukan pada penderita apendisitis adalah dengan pengangkatan apendiks atau disebut apendiktomi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *post op appendiktomi* meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan metode pengumpulan data yang digunakan yakni wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pengumpulan data dan dokumentasi. Subjek penelitian adalah Ny. B. Penelitian dilakukan pada tanggal 30 April-2 Mei 2025. Saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah, nyeri meningkat ketika banyak bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul. Diagnosa yang diangkat yaitu nyeri akut b.d agen pencedra fisik (prosedur pembedahan), intoleransi aktivitas b.d nyeri post op dan gangguan pola tidur b.d kontrol tidur. Intervensi yang diberikan sesuai dengan SIKI (2017). Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan *post op apendisitis* dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun. Hasil kunjungan keperawatan selama 3 hari pada klien didapatkan dengan masalah teratasi. Penelitian ini diharapkan sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *post op apendisitis*.

Kata Kunci: Post Op Appendiktomi, Nyeri Akut

ABSTRACT

Appendicitis is an inflammation caused by a bacterial infection. The most common treatment for appendicitis is appendectomy, or removal of the appendix. The purpose of this study is to apply nursing care to patients with post-op appendectomy, including assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. This study used a descriptive method in the form of a case study with data collection methods including interviews, observation, physical examination, data collection, and documentation. The subject of the study was Mrs. B. The study was conducted from April 30 to May 2, 2025. During the assessment, the patient reported pain in the lower right abdomen, increased pain when moving around, stabbing pain, and intermittent pain. The diagnoses were acute pain due to physical agents (surgical procedure), activity intolerance due to post-operative pain, and sleep pattern disturbance due to sleep control. Interventions were provided in accordance with SIKI (2017). Nursing care for Mrs. A with post-operative appendicitis was carried out according to the prepared nursing plan. The results of the 3-day nursing visit showed that the client's problems had been resolved. This study is expected to serve as a reference in providing nursing care for patients with post-operative appendicitis

Keywords: Post-op appendectomy, acute pain

El- EMIR INSTITUTE

✉ Corresponding author :

Address : Jl. Tuanku Tambusai Bangkinang

Email : hidayat2213120@gmail.com

PENDAHULUAN

Apendisitis merupakan peradangan akibat infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Berbagai faktor dapat menjadi faktor pencetus timbulnya apendisitis seperti tersumbatnya lumen apendiks, hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, cacing askaris, erosi mukosa apendiks, serta pola makan rendah serat. Penyakit apendisitis juga merupakan salah satu penyebab nyeri akut pada abdomen yang paling sering ditemukan. Tindakan yang paling umum dilakukan pada penderita apendisitis adalah dengan pengangkatan apendiks atau disebut apendektomi (Lestari et al., 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO), angka kematian karena apendisitis mencapai 22.000 jiwa, dengan jumlah kasus yang lebih tinggi pada populasi laki-laki dari pada perempuan. Angka kematian akibat apendisitis mencapai sekitar 12.000 jiwa pada pria dan sekitar 10.000 jiwa pada wanita. Setiap tahun, terdapat sekitar 70.000 kasus apendisitis di Amerika Serikat. Di Amerika, kejadian apendisitis mencapai tingkat insiden sebesar 1 hingga 2 kasus per 10.000 anak setiap tahunnya. Kejadian meningkat sebanyak 25 kasus per 10.000 anak per tahun dalam rentang usia 10-17 tahun di Amerika Serikat (WHO, 2022).

Menurut data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sebesar 596.132 orang dengan persentase 3.36% dan pada tahun 2020 meningkat menjadi 621.435 orang dengan persentase 3.53%. Apendisitis merupakan penyakit tidak menular tertinggi kedua di Indonesia pada rawat inap di rumah sakit. (Ramadhan et al., 2022).

Menurut laporan dari Dinas Kesehatan Provinsi Riau, kasus apendisitis merupakan salah satu dari sepuluh penyakit teratas yang memerlukan perawatan inap di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. Pada tahun 2014, terdapat 1.590 kasus, diikuti oleh jumlah yang sama pada tahun 2015. Sementara itu, pada tahun 2017, tercatat sebanyak 1.617 kasus apendisitis. Berdasarkan data yang diperoleh RSUD Bangkinang pada tahun 2021 penderita apendisitis berjumlah 63 orang, meningkat pada tahun 2022 sebanyak 105 orang, sedangkan pada tahun 2023 terjadi peningkatan penderita kasus apendisitis menjadi 118 orang, dan pada tahun 2024 jumlah penderita apendisitis sebanyak 86 orang di rawat di RSUD Bangkinang (Rekam Medik RSUD Bangkinang, 2023).

Berdasarkan survey awal pada tanggal 29 April 2025 didapati jumlah pasien dari Januari hingga April tahun 2025 yang dirawat di Ruang Khadijah RSUD Bangkinang sebanyak 66 orang. Yang terdiri dari laki-laki 23 orang dan perempuan 43 orang. Peneliti juga melakukan wawancara singkat kepada salah satu pasien post op hari pertama. Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian yang sudah dioperasi, pasien tampak masih meringis, dan gelisah. Dan didapatkan hasil bahwa pasien tidak memperhatikan makanannya dan sering mengonsumsi makanan instan dan juga tidak memperhatikan pola hidup sehat selama ini. Peran perawat untuk mengurangi rasa nyeri tersebut bisa dilakukan dengan teknik non farmakologis yaitu dengan melakukan relaksasi nafas dalam.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk mengambil topik penelitian studi kasus dengan judul "asuhan keperawatan pada pasien dengan post op apendektomi Di RSUD Bangkinang"

METODE

Teknik pengumpulan data merupakan metode atau cara yang digunakan oleh peneliti dalam proses pengumpulan data. Teknik ini dapat digunakan sebagai metode yang independen terhadap metode analisa data, atau bahkan dapat dianggap sebagai komponen utama dari metode analisa data. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan metode pengumpulan data yang digunakan yakni wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pengumpulan data dan dokumentasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

DATA SUBJEKTIF (DS) DATA OBJEKTIF (DO)	FAKTOR YANG BERHUBUNGAN/ RESIKO	MASALAH KEPERAWATAN
DS: 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut kanan bawah. 2. Pasien mengatakan nyeri meningkat saat banyak bergerak. 3. Pasien mengatakan nyeri terasa ditusuk-tusuk. 4. Pasien mengatakan nyeri berfokus pada daerah luka operasi. 5. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. DO: 1. Pasien tampak meringis. 2. Pasien tampak gelisah. 3. Skala nyeri 6.	Agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) ↓ Luka insisi post bedah ↓ Nyeri akut pada luka post bedah	Nyeri akut (D.0077)
DS: 1. Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki karena nyeri di luka bekas operasi. 2. Pasien mengatakan saat bergerak terasa nyeri di bekas luka operasi. DO: 1. Gerakan pasien tampak terbatas. 2. Pasien tampak lemah. 3. Aktivitas pasien di bantu oleh suami.	Apendisitis ↓ Apendiktomi ↓ Luka insisi ↓ Nyeri ↓ Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas (D.0056)
DS: 1. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari akibat nyeri pada perutnya. 2. Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari. DO: 1. Pasien tampak lesu, kantung mata pasien tampak hitam.	Nyeri perut bekas operasi ↓ Terbangun pada malam hari ↓ Tidak bisa tidur lagi ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)

-
2. total jam tidur pasien dalam 1 hari 4 jam.
-

Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur pembedahan) (**D.0007**)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri post op (**D.0056**)
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur (**D.0055**)

Intervensi keperawatan

Tabel 2. Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	INTERVENSI (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedara fisik (D.0007)	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik : Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi : Jelaskan penyebab, periode,dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.
2	Intoleransi aktivitas b.d nyeri post op (D.0056)	Manajemen energi (I.05178) Observasi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, monitor kelelahan fisik dan emosional. Edukasi : Anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Terapeutik : Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Kolaborasi: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
3	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)	Dukungan tidur (I.05174) Observasi : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Terapeutik : Modifikasi lingkungan (mis:pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur), batasi waktu tidur siang jika perlu, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga. Edukasi : Jelaskan pentingnya tidur selama sakit, anjurkan menepati

NO	DIAGNOSA	INTERVENSI (SIKI)
		kebiasaan tidur, ajurkan menghindari makanan /minuman yang mengganggu tidur.

Implementasi Keperawatan

Tabel 3. Implementasi Keperawatan

NO	TANGGAL/ WAKTU	DIAGNOSA	TINDAKAN KEPERAWATAN (SLKI)
1.	30 April 2025/ 09.00 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0007)	Manajemen nyeri (I.08238) - Mengidentifikasi lokasi nyeri diperut kanan bawah, karakteristik pasien meringis saat merasakan nyeri, durasi 5-6 menit, frekuensi hilang timbul, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk seperti. - Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 6). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (muka ps meringis, ps gelisah). - Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri (suhu ruangan dingin, pencahayaan terang). - Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu (teknik relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri. - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan dingin, pencahayaan terrang). - Menjelaskan strategi meredakan nyeri. - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu (teknik relaksasi nafas dalam)
	1 Mei 2025/ 09.30 WIB		- Mengidentifikasi lokasi di perut kanan bawah, karakteristik pasien meringis saat merasakan nyeri, durasi 4-5 menit, frekuensi hilang timbul, kualitas nyeri seperti di tusuk-tusuk. - Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 4). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (muka ps sedikit meringis, ps sedikit gelisah). - Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. - Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu (dengan cara beristigfar) untuk mengurangi rasa nyeri - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
	2 Mei 2025/ 10.00 WIB		- Mengidentifikasi lokasi di perut kanan bawah, karakteristik nyeri, durasi 1 menit, frekuensi hilang timbul, kualitas nyeri. - Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 2). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (muka ps cerah, ps tidak gelisah). - Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. - Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu (relaksasi tarik nafas dalam dan beristigfar) untuk mengurangi rasa nyeri

NO	TANGGAL/ WAKTU	DIAGNOSA	TINDAKAN KEPERAWATAN (SLKI)
2.	30 April 2025/ 09.15 WIB	Intoleransi aktivitas b.d nyeri post op (D.0056)	Manajemen energi (I.05178) 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memonitor kelelahan fisik dan emosional. 4. Menganjurkan tirah baring 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 6. Mensediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 7. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
	1 Mei 2025/ 09.45 WIB		1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memonitor kelelahan fisik dan emosional. 4. Menganjurkan tirah baring 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti mobilisasi duduk ditempat tidur hingga berjalan secara bertahap. 6. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
	2 Mei 2025/ 10.15 WIB		1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memonitor kelelahan fisik dan emosional. 4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti mobilisasi duduk ditempat tidur hingga berjalan secara bertahap.
3.	30 April 2025/ 09.30 WIB	Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur (D.0055)	Dukungan tidur (I.05174) 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. (mis: kopi, teh, alcohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 5. Memodifikasi lingkungan (suhu dingin, pencahayaan terang). 6. Membatasi waktu tidur siang jika perlu, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 7. Memberikan teknis non farmakologis yaitu (mendengarkan music sholawat). 8. Mensesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga. 9. Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit 10. Menganjurkan menepati kebiasaan tidur 11. Menganjurkan menghindari makanan /minuman yang mengganggu tidur.
	1 Mei 2025/ 10.00 WIB		1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Memberikan teknis non farmakologis yaitu (mendengarkan music sholawat).

NO	TANGGAL/ WAKTU	DIAGNOSA	TINDAKAN KEPERAWATAN (SLKI)
	2 Mei 2025/ 10.35 WIB		1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Memberikan teknis non farmakologis yaitu mendengarkan (music sholat). 3. Menganjurkan menepati kebiasaan tidur

Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. Evaluasi Keperawatan

NO	Tanggal/Waktu	Diagnosa	Evaluasi
1.	30 April 2025/ 09.10 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan)	S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut kanan bawah, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri berfokus pada daerah luka operasi, nyeri hilang timbul. O: Pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, skala nyeri 6, TTV TD:102/61mmHg, nadi: 81x/menit, suhu: 36,5°C, pernapasan: 19x/menit. A: Nyeri akut b.d agen pencedera fisik belum teratasi. P: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, memberikan teknik nonfarmakologis yaitu (dengan cara beristigfar) untuk mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
	1 Mei 2025/ 09.40 WIB		S: Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut kanan bawah sudah berkurang, pasien mengatakan nyeri masih hilang timbul. O: Pasien tampak meringis dan gelisah sudah berkurang, skala nyeri 4 TTV: TD: 112/85mmHg, nadi :89x/menit, suhu: 36,4°C, pernapasan :20x/menit. A: Nyeri akut b.d agen pencedera fisik teratasi sebagian. P: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, memberikan teknik nonfarmakologis yaitu (relaksasi tarik nafas dalam dan beristigfar) untuk mengurangi rasa nyeri.
	2 Mei 2025/ 10.10 WIB		S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, dengan skala nyeri 2. O: Pasien tidak tampak meringis dan gelisah, TTV: TD: 120/85mmHg, nadi: 80x/menit suhu: 36,5°C, pernapasan: 18x/menit. A: Nyeri akut b.d agen pencedera fisik teratasi. P: Intervensi dipertahankan oleh keluarga.
2.	30 April 2025/ 09.25 WIB	Intoleransi aktivitas b.d nyeri post op	S: Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki karna nyeri di luka bekas operasi, pasien mengatakan saat bergerak terasa nyeri di luka bekas operasi. O: Gerakan pasien tampak terbatas, pasien tampak

NO	Tanggal/Waktu	Diagnosa	Evaluasi
			lemah, aktivitas pasien di bantu orang lain, TTV: TD: 102/61 mmHg, nadi: 81x/menit, suhu 36,5°C, pernapasan: 19x/menit. A: Intoleransi aktivitas b.d nyeri post op belum teratasi. P: Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur, memonitor kelelahan fisik dan emosional, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti mobilisasi duduk ditempat tidur hingga berjalan secara bertahap, melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif.
	1 Mei 2025/ 09.55 WIB		S: Pasien mengatakan sudah bisa sedikit menggerakkan kaki nya. O: Gerakan pasien masih sedikit terbatas, pasien tampak sedikit lemah, TTV: TD: 112/85mmHg, nadi:89x/menit, suhu: 36,4°C, pernapasan :20x/menit. A: Intoleransi aktivitas b.d nyeri post op teratasi sebagian. P: Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur, memonitor kelelahan fisik dan emosional, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti mobilisasi duduk ditempat tidur hingga berjalan secara bertahap.
	2 Mei 2025/ 10.25 WIB		S: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki, pasien mengatakan sudah bisa duduk dan ke toilet sendiri. O: Pasien tampak sudah bisa duduk dan ke toilet tanpa di bantu orang lain, TTV: TD: 120/85mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36,5°C, pernapasan: 18x/menit. A: Intoleransi aktivitas b.d nyeri post op teratasi. P: Intervensi dipertahankan oleh keluarga.
3.	30 April 2025/ 09.40 WIB	Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur	S: Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari akibat nyeri di perutnya, pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari. O Pasien tampak lesu, kantung mata pasien tampak hitam, TTV: TD: 102/61mmHg, nadi: 81x/menit, suhu: 36,5°C, pernapasan: 19x/menit. A: Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur belum teratasi. P: Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memberikan teknis non farmakologis yaitu (mendengarkan music sholawat).
	1 Mei 2025/ 10.10 WIB		S: Pasien mengatakan sulit tidur sudah berkurang dan masih terbangun pada malam hari akibat nyeri di perutnya lama waktu tidur 5-6 jam. O: Wajah lesu pasien sudah berkurang, kantung masih ada, TTV: TD: 112/85mmHg, nadi :89x/menit, suhu: 36,4°C, pernapasan :20x/menit. A: Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur teratasi sebagian. P: Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur,

NO	Tanggal/Waktu	Diagnosa	Evaluasi
			memberikan teknis non farmakologis yaitu mendengarkan (music sholawat), menganjurkan menepati kebiasaan tidur.
	2 Mei 2025/ 10.45 WIB		S: Pasien mengatakan sulit tidur sudah berkurang dan sudah jarang terbangun pada malam hari akibat nyeri di perut nya lama waktu tidur 7-8 jam, pasien mengatakan saat melakukan terapi musik sholawat pasien perlahan-lahan terasa mengantuk dan tertidur. O: Pasien tampak sudah segar dan tidak lesu lagi, sudah tidak ada tampak kantung mata pasien, TTV: TD: 120/85mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36,5°C, pernapasan: 18x/menit. A: Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur teratasi. P: intervensi dipertahankan oleh keluarga.

IMPLEMENTASI

Implementasi keperawatan

Setelah tahap perencanaan disusun, langkah berikutnya adalah melaksanakan tindakan keperawatan atau mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dirancang sebelumnya pada tahap intervensi. Tindakan keperawatan yang diterima oleh Ny.A sebagai berikut:

- Pada diagnosis pertama, yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, tindakan keperawatan yang dilakukan mencakup pengkajian lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, serta kualitas nyeri yang dirasakan pasien. Selain itu, dilakukan identifikasi tingkat keparahan nyeri menggunakan skala nyeri, pengamatan terhadap respons nonverbal terhadap nyeri, serta penilaian terhadap faktor-faktor yang dapat memperparah atau meredakan nyeri. Pasien juga diajarkan teknik nonfarmakologis untuk membantu meredakan nyeri, seperti latihan relaksasi dengan pernapasan dalam dan mengucapkan istigfar secara berulang.
- Pada diagnosis kedua, yaitu intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan nyeri pascaoperasi apendisitis, implementasi yang dilakukan meliputi pengkajian terhadap gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, pemantauan terhadap kelelahan baik secara fisik maupun emosional, serta membantu pasien untuk tetap fokus pada kemampuan atau kekuatan yang dimilikinya daripada keterbatasannya. Selain itu, pasien juga diberikan edukasi dan bantuan untuk melakukan mobilisasi secara bertahap, dimulai dari duduk di tepi tempat tidur hingga mampu berjalan perlahan sesuai toleransi tubuh.
- Diagnosis ketiga, yaitu gangguan pola tidur yang berhubungan dengan ketidakmampuan dalam mengontrol tidur, tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi penentuan pola aktivitas dan kebiasaan tidur pasien, mengidentifikasi faktor-faktor yang mengganggu kualitas tidur, termasuk jenis makanan dan

minuman yang dapat memicu gangguan tidur. Selain itu, dilakukan penyesuaian lingkungan agar lebih nyaman dan mendukung istirahat yang optimal. Pasien juga diberikan intervensi nonfarmakologis, seperti mendengarkan musik sholawat, untuk membantu menciptakan suasana yang tenang dan memudahkan proses tidur.

Di dalam tahap implementasi ini terdapat beberapa kendala yaitu: pada saat kita ingin melakukan terapi non farmakologis kepada pasien terkadang pasien tidak ada semangat untuk melakukannya, tetapi sebagai perawat harus bisa menyakinkan pasien untuk tetap semangat dalam menjalani hidup dan harus berikhtiar supaya penyakitnya lekas sembuh.

Evaluasi keperawatan.

Berdasarkan hasil pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny. A melalui kerja sama antara peneliti, perawat di RSUD Bangkinang, dan keluarga pasien selama tiga hari, yaitu dari tanggal 30 April 2025 hingga 2 Mei 2025, yang mencakup tahapan pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, serta implementasi tindakan keperawatan. Dari proses evaluasi terhadap ketiga diagnosa yang telah ditentukan sebelumnya, diperoleh hasil bahwa pada tanggal 2 Mei 2025 terdapat beberapa diagnosa yang telah mencapai kemajuan tertentu sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan:

- a. Hasil evaluasi diagnosa pertama. DS : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, dengan skala nyeri 2. DO : pasien masih tampak sedikit meringis dan gelisah TTV : TD : 120/85mmHg, nadi 80x/ menit, suhu : 36.5°C, pernapasan 18x/menit.
- b. Hasil evaluasi diagnosa kedua, DS : pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki, pasien mengatakan sudah bisa duduk dan ke toilet sendiri. DO : pasien tampak bisa duduk dan ke toilet tanpa di bantu orang lain, TTV : TD : 120/85mmHg, nadi : 80x/menit, suhu: 36,5°C, pernapasan : 18x/menit, skala nyeri: 0
- c. Hasil evaluasi diagnosa ketiga. DS : pasien mengatakan sulit tidur berkurang dan sudah jarang terbangun. Pasien mengatakan saat dilakukan terapi musik sholawat pasien perlahan-lahan merasakan ngantuk dan tertidur. DO : pasien tampak segar, tidak lesu, tidak ada kantung mata, TTV : TD : 120/85mmHg, nadi : 80x/menit, suhu: 36,5°C, pernapasan : 18x/menit.

Di dalam tahap evaluasi ini ada perbedaan dengan berdasarkan teori yaitu pada saat dilakukan evaluasi kepada pasien penulis tidak menerapkan evaluasi formatif atau evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif ini penulis menilai klien mengenai perubahan warna kulit sebelum dan sesudah dilakukan tindakan perawatan luka dan proses penyembuhan luka setelah operasi.

SIMPULAN

1. Hasil pengkajian seorang pasien dengan inisial Ny. A, berusia 24 tahun, lahir pada tanggal 15 Agustus 2000, beralamat di Ranah Singkuang, memiliki latar belakang pendidikan terakhir SMP, berprofesi sebagai ibu rumah tangga (IRT), dan beragama Islam. DS : pasien mengatakan nyeri, dengan skala nyeri 3. DO : pasien masih tampak meringis dan gelisah TTV : TD : 120/85mmHg, nadi 80x/ menit, suhu : 36.5°C, pernapasan 18x/menit.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus yaitu: pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur pembedahan) (**D.0007**), kedua adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri post op (**D.0056**), ketiga adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur (**D.0055**)
3. Intervensi diberikan sesuai dengan SDKI (2017)
4. Implementasi, yang diberikan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat
5. Pada tahap evaluasi semua masalah teratasi dan tindakan dipertahankan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah. (2020). *Relationship of Leukocyte count and Neutrophil Lymphocyte ratio with Complication events in Acute Appendicitis patients Relationship of Leukocyte count and Neutrophil*. 38.
- Andi, S., Anik, I., & Senja, A. S. (2023). Penerapan Terapi Murottal Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Op. Appendiktomi. *Jurnal Cendikia Muda*, 3, 55–61.
- Bustan, M., & P, D. P. (2023). Studi Deskriptif Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Jiwa Oleh Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal Keperawatan1*, 6(3), 1–8.
- Caecilia, & Murtaqib. (2018). *Pengelolaan masalah Nyeri Pada Pasien App*. 4(1), 1–23. [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7255/3/BAB II Tinjauan Pustaka.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7255/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf)
- Cavenett. (2018). Mekanisme koping dan Relaksasi nafas dalam Post Operasi Apendiktomi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 11-15p.
- Lestari, A. D., Supriyatno, H., Sarwono, B., Poltekkes, (, & Semarang, K. (2023). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Operasi Apendisitis (Case Study: Nursing Care In Patient with Post Operation Appendicitis). *Jurnal Keperawatan Sehat Mandiri*, 1(1), 34–39.
- Mawaddah, D. S. (2021). Hubungan Nyeri terhadap Pola Tidur Pasien Post Operasi Apendisitis di RSUD Teungku Peukan Aceh Barat Daya. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 20(6), 394–400. <https://doi.org/10.14710/mkmi.20.6.394-400>
- Mudrikah, U. M., & Waluyanti, F. T. (2021). Analysis Of Nursing Care In Post Appendectomy Patients With The Application Of Effleurage Techniques. *Journal of Health and Cardiovascular Nursing*, 1(2), 92–105. <https://doi.org/10.36082/jhcn.v1i2.944>
- Nadianti, R. N., & Minardo, J. (2023). Manajemen Nyeri Akut pada Post Laparatomi Apendisitis di RSJ Prof. Dr. Sorejo Magelang. *Journal of Holistics and Health Science*, 5(1), 75–87. <https://doi.org/10.35473/jhhs.v5i1.253>
- Nurdini, R., & Listia, D. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Operasi Appendectomy Dengan Masalah Keperawatan Nyeri

- Akut Di RSUD Kabupaten Bekasi. *Jurnal Lentera*, 6, 21–26.
- Ramadhan, R. W., Inayati, A., & Fitri Luthfiyanti, N. (2022). Penerapan Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Apenditomi. *Jurnal Cendikia Muda*, 2, 617–623.
- Redila, P. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada An.Z Dengan Post Op Apendisitis Di Ruang Khadijah Rsud Bangkinang Tahun.*
- RIRIN. (2023). *Asuhan Keperawatan pada An. H Post Op Appendisitis Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam Dengan Masalah Nyeri Akut Diruang Bedah RSUD Rejang Lebong.*
https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=kti+ririn+dwi+anggesti&btnG=#d=gs_qabs&t=1742658114400&u=%23p%3DwkFQ5IBJ_T0J
- Saputro,eko, novi. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Apendisitis Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan.*
- Sepdianto, T. C., Abiddin, A. H., & Kurnia, T. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis di RS Wonolangan Probolinggo: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 220–225. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.734>
- Sutrisna, M., Hasymi, Y., & Utami, M. S. (2024). Pengaruh Terapi Aroma Lemon Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Oprasi Apendiktomi The Effect Of Lemon Aroma Therapy On The Pain Level Of Post Appendectomy Patients. *Jurnal Kesehatan Saintika Meditory*, 7(1), 333–338. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>
- Tahir, R., Wijaya, M., Yanthi, D., Keperawatan, J., & Kemenkes, P. (2024). (Septiana et al ., 2021a). *Prevalensi jumlah angka kematian akibat apendisitis menurut World Health (Ahmad and Kardi 2022). demam ringan , mual muntah dan nafsu makan menurun . Nyeri tekan biasa di rasakan pada area dan itu juga salah satu tindakan ya.* 1(1), 1–7.
- Taufiq El-Haque, I., & Ismayanti, I. (2022). Pendampingan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Apendisitis. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(3), 238–253. <https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v2i3.79>
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Edisi DPP PPNI*. Jakarta Selatan.
- Willi Nur Aeni, Ahmad Zakiudin, & Sukirno Sukirno. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Apendisitis Post Apendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal. *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 1(4), 94–105. <https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v1i4.1298>