

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. B DENGAN POST OPERASI PERITONITIS DI RUANG BEDAH RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT JEMBER

*NURSING INSTITUTION IN NY. B WITH
OPERATION POST PERITONITIS IN ROOM
SURGERY HOSPITAL REGIONAL KALISAT
JEMBER*

ia III

Universitas Muhammadiyah Jember
Jln. Karimata 49, Jember 68121

.Periton

serosa rongga abdomen dan meliputi visera (Brunner & Suddart. 2002) Peritonitis adalah inflamasi rongga peritoneal yang dapat berupa primer atau sekunder, akut atau kronis dan diakibatkan oleh kontaminasi kapasitas peritoneal oleh bakteri atau kimia (Doengoes,dkk. 2000). Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum suatu membrane yang melapisi rongga abdomen. Peritonitis biasanya terjadi akibat masuknya bakteri dari saluran cerna atau organ-organ abdomen kedalam ruang perotenum melalui perforasi usus atau rupturnya suatu organ. (Nugroho,dkk.,2016)

Kata kunci: Peritonitis

Abstract

Peritonitis is peritoneal inflammation-the lining of the serous membrane of the abdominal cavity and includes the viscera (Brunner & Suddart 2002) Peritonitis is an inflammation of the peritoneal cavity that may be primary or secondary, acute or chronic and is caused by bacterial or chemical peritoneal capacity contamination (Doengoes et al. 2000). Peritonitis is an inflammation of the peritoneum of a membrane lining the abdominal cavity. Peritonitis usually results from bacterial entry of the gastrointestinal tract or abdominal organs into the perumenium space through bowel perforation or an organ rupture. (Nugroho, et al., 2016)

Keywords: *Peritonitis*

PENDAHULUAN

Peritonitis adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi atau kondisi aseptik pada selaput organ perut (peritoneum). Peritoneum adalah selaput tipis dan jernih yang

membungkus organ perut dan dinding perut bagian dalam. Lokasi peritonitis bisa terlokalisir atau difus dan riwayat akut atau kronik. Peritonitis juga menjadi salah satu penyebab tersering dari akut abdomen. Akut abdomen adalah suatu kegawatan abdomen yang dapat terjadi karena masalah bedah dan non bedah. Peritonitis secara umum adalah penyebab kegawatan abdomen yang disebabkan oleh bedah. Peritonitis tersebut disebabkan akibat suatu proses dari luar maupun dalam abdomen. Proses dari luar misalnya karena suatu trauma, sedangkan proses dari dalam misal karena apendisitis perforasi. Peritonitis sekunder disebabkan oleh infeksi pada peritoneum yang berasal dari traktus gastrointestinal yang

merupakan jenis peritonitis yang paling sering terjadi. Peritonitis tersier merupakan peritonitis yang disebabkan oleh iritan langsung yang sering terjadi pada pasien immunocompromised dan orang-orang dengan kondisi komorbid. (Japanesa,dkk, 2016)

Menurut survei World Health Organization (WHO), kasus peritonitis di dunia adalah 5,9 juta kasus. Di Republik Demokrasi Kongo, antara 1Oktober dan 10 Desember 2008, telah terjadi 615 kasus peritonitis berat (dengan atau tanpa perforasi), termasuk 134 kematian (tingkat fatalitas kasus, 21,8%), Dari data yang di peroleh dari RSUD kalisat di tahun 2016 sebanyak 57 kasus penyakit peritonitis. Permasalahan yang kompleks bagi penderita peritonitis memerlukan suatu tindakan yang tepat agar kualitas penderita peritonitis dapat meningkatkan atau mengurangi dampak negatif. Penaganan peritonitis tidak bisa hanya dilakukan oleh satu petugas kesehatan dalam hal ini dokter, namun membutuhkan upaya kolaborasi semua tenaga kesehatan seperti dokter, ahli gizi, apoteker, serta perawat. Perawat adalah ujung tombak di pelayanan kesehatan yang mendampingi pasien selama 24 jam mempunyai peranan yang sangat penting.

Dalam hal ini khususnya terkait asuhan keperawatan pada klien dengan peritonitis perlu dilakukan pembahasan lebih lanjut untuk menangani kasus ini sehingga peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan pada klien Ny. B dengan post op Peritonitis di Ruang Bedah RSD Kalisat Jember Dalam hal ini khususnya terkait asuhan keperawatan pada klien dengan peritonitis.

Etiologi Peritonitis

Penyebab dari peritonitis antara lain :

a. Infeksi bakteri:

Organism berasal dari penyakit saluran gastrointestinal atau pada wanita dari organ reproduktif internal. Bakteri paling umum yang terkait adalah E. coli, proteus, dan pseudomonas.

b. Sumber eksternal seperti cedera atau trauma (misal luka tembak atau luka tusuk) atau imflamsi yang luas yang berasal dari organ diluar peritoneum seperti ginjal.

c. Penyakit gastrointestinal : appendicitis, ulkus perforasi, divertikulitis dan perforasi usus, trauma abdomen (luka tusuk atau tembak) trauma tumpul (kecelakaan) atau pembedahan gastrointestinal.

d. Proses bedah abdominal dan dialisis peritoneal. (Brunner & Suddarth, 2014)

Patofisiologi

Disebabkan oleh kebocoran dari organ abdomen kedalam rongga abdomen biasanya sebagai akibat dari inflamasi, infeksi, iskemia, trauma atau perforasi tumor. Terjadi proliferasi bacterial, yang menimbulkan edema jaringan, dan dalam waktu yang singkat terjadi eksudasi cairan. Cairan dalam peritoneal menjadi keruh dengan peningkatan protein, sel darah putih, debris seluler dan darah. Respon segera dari saluran usus adalah hipermotilitas, diikuti oleh ileus paralitik, disertai akumulasi udara dan cairan dalam usus. Peritonitis menyebabkan penurunan aktifitas fibrinolitik intra abdomen (meningkatkan aktivitas inhibitor activator plasmanogen) dan sekuestrasi fibrin dengan adanya pembentukan jaring pengikat. Produksi eksudat fibrin merupakan mekanisme terpenting dari system pertahanan tubuh, dengan cara ini akan terikat bakteri dalam jumlah yang sangat banyak diantara matrika fibrin. Pembentukan abses pada peritonitis pada prinsipnya merupakan mekanisme tubuh yang melibatkan substansi pembentuk abses dan kuman-kuman itu sendiri untuk menciptakan kondisi abdomen yang steril. Pada keadaan jumlah kuman yang sangat banyak, tubuh sudah tidak mampu mengeliminasi kuman dan berusaha mengendalikan penyebaran kuman dengan membentuk kompartemen yang dikenal sebagai abses. Masuknya bakteri dalam jumlah besar ini bisa berasal dari berbagai sumber. Yang paling sering ialah kontaminasi bakteri transien akibat penyakit visceral atau intervensi bedah yang merusak keadaan abdomen, peritonitis juga terjadi karena virulensi kuman yang tinggi hingga mengganggu proses fagositosis dan pembunuhan bakteri dengan neutrofil. Keadaan makin buruk jika infeksi disertai dengan pertumbuhan bakteri lain atau jamur. (Nugroho, dkk., 2016)

Tujuan Umum Menggali / mempelajari serta menerapkan teori dan praktek terhadap asuhan keperawatan pada Ny. B dengan kasus Peritonitis diruang Bedah RSD Kalisat Kabupaten Jember. Tujuan Khusus Dalam menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. B dengan kasus Peritonitis diruang Bedah RSD Kalisat Kabupaten Jember ini penulis diharapkan mampu : Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. B dengan kasus Peritonitis diruang Bedah RSD Kalisat Kabupaten Jember. Membuat diagnosis pada Ny. B dengan kasus Peritonitis diruang bedah RSD Kalisat Kabupaten Jember. Mengidentifikasi perencanaan pada Ny. B dengan kasus Peritonitis diruang bedah RSD Kalisat Kabupaten Jember. Melakukan penatalaksanaan pada Ny. B dengan kasus Peritonitis diruang Bedah RSD Kalisat Kabupaten Jember. Melaksanakan evaluasi pada Ny. B dengan kasus Peritonitis diruang Bedah RSD Kalisat Kabupaten Jember.

METODE PENELITIAN

Proses keperawatan merupakan proses ilmiah dalam menyesuaikan suatu masalah. Dengan pendekatan ini, perawat harus mampu melakukan identifikasi data dari klien, kemudian memilih dan memilih data yang senjang/fokus. Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan untuk melaksanakan tindakan

keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Rohmah & Walid, 2014).

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok. Perencanaan adalah pengembangan strategi desain dalam mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.

a. Pelaksanaan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Tempat dan pelaksanaan studi kasus pada pasien dengan hernia ini bertempat di Ruang Bedah RSD Kalisat Kabupaten Jember. Waktu pelaksanaan pada bulan November 2016 sampai selesai untuk melakukan asuhan keperawatan.

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah. Anamnesis adalah tanya jawab/komunikasi secara langsung dengan klien (autoanamnesis) maupun tak langsung (alloanamnesis) dengan keluarganya untuk menggali informasi tentang status kesehatan klien. Observasi adalah tindakan mengamati secara umum terhadap perilaku dan keadaan klien. Observasi memerlukan keterampilan, disiplin, dan praktik klinik. Pemeriksaan Fisik dilakukan dengan empat cara yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. Penunjang dilakukan sesuai dengan indikasi. Contoh: foto thoraks, laboratorium, rekan jantung dan lain-lain. Studi dokumentasi digunakan untuk mempelajari buku-buku, laporan dan catatan medis serta dokumen lainnya untuk membandingkan dengan data yang ada.

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan dimana sehat atau perubahan pola interaksi actual /potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara apati untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan. (Rohmah & Walid, 2014). diagnosa yang sering muncul yaitu : pre operasi Nyeri berhubungan dengan terjepitnya usus di daerah selakangan Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang kondisi kesehatan, proses inflamasi Post operasi Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan studi kasus asuhan keperawatan pada Ny.B dengan kasus post operasi Peritonitis di ruang Bedah RSD Kalisat Jember yang dilakukan pada tanggal 17 November 2016 yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Berdasarkan hasil yang dilakukan terhadap pasien kelolaan post operasi peritonitis . Pengkajian pada Ny. B dilakukan pada tanggal 17 November 2016. Keluhan utama yang didapat dari Ny. B adalah Nyeri pada luka bekas operasi. Dalam teori disebutkan bahwa pada kasus Hernia akan menimbulkan gejala salah satunya adalah nyeri tekan pada daerah abdomen bagian bawah. Tinjauan teori yang menyertai keluhan utama yakni Nyeri abdomen bagian bawah. Adapun pemeriksaan fisik yang didapat saat pengkajian Abdomen : Inspeksi terdapat luka post op di inguinal. Auskultasi bising usus 17x/ menit. Palpasi ada nyeri tekan, pada abdomen bagian bawah. Perkusi tidak ada distensi kandung kemih.

Nyeri akut yang berhubungan dengan post laparotomi yang ditandai dengan, klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah bekas operasi, nyeri cenat cenut dan seperti di tusuk tusuk, nyeri tidak menjalar pada bagian tubuh yang lainnya hanya pada bagian perut bawah saja, dengan skala nyeri 4. Data objektif K/U lemah, Wajahpasien tampak meringis gelisah, TD : 90/50 mmHg, N : 99 x/menit, RR:21x/menit , S : 37⁰ C. Resiko infeksi yang berhubungan dengan luka bekas post operasi ditantai dengan klien mengatakan tersa sakit pada luka bekas operasi. Data objektif k/u lemah TD : 90/50 mmHg, Nadi : 99x/menit, Suhu : 37⁰ C, RR : 21 x/menit, Terdapat luka operasi pada abdomen bagian bawah.Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan klien mengatakan sakit saat bergerak dan terbaring di kasur.Data objektif K/U lemah, Bedrest (+), ADL dibantu oleh keluarga, TD : 90/50 mmHg, N : 99X/mnt, RR :21 x/mnt, S : 37⁰ C.

Pada diagnosis pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan faktor biologis ditandai dengan ekspresi wajah meringis, tampak gelisah, TD: 180/100 mmHg, direncanakan tindakan yaitu observasi tanda-tanda vital klien, reaksi non verbal terhadap nyeri dan lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi), berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat pladogrel 1x/hari. Perbedaan antara intervensi yang direncanakan pada kasus dengan teori adalah melibatkan keluarga untuk berpartisipasi dalam proses pengobatan klien. Keluarga adalah unit paing dekat dengan klien, peran serta keluarga sejak awal perawatan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien dirumah sehingga memungkinkan penyakit klien kambuh atau dapat dicegah, perawatan dirumah sakit juga akan sia-sia jika tidak di teruskan dirumah. Pada kasus ini klien perlu mendapat dampingan keluarga diketahui bahwa klien sudah lanjut usia.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. B dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan post Laparotomi tandai dengan wajah meringis tanggal 17 november 2016 : membina hubungan saling percaya , respon : klien memperkenalkan diri dan kooperatif terhadap perawat. Memberi penjelasan kepada klien tentang nyeri yang dirasakan klien, respon : klien mampu mengerti apa yang di jelaskan perawat. Mengkaji nyeri klien, respon : wajah klien tampak meringis. Mengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD=90/50 mmHg, N= 99x/menit, RR= 21x/menit, Suhu=37⁰C. kolaborasi pemberian analgesic, respon : injeksi metamizole 500 mg. tanggal 18 november 2016 implementasi yang dilakukan pada Ny. B Mengkaji nyeri klien, respon : wajah klien tampak meringis. Mengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD= 90/50mmHg, N= 92x/menit, RR= 21x/menit, Suhu= 37⁰C. kolaborasi pemberian analgesic, respon : injeksi metamizole 500 mg.Implementasi pada tanggal 03 november 2016 yang dilakukan pada An. P adalah mengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD= 90/50mmHg, Nadi= 84 x/mnt, RR=20 x/mnt, Suhu= 36,6⁰C. kolaborasi pemberian analgesic, respon : injeksi metamizole 550 mg. Implementasi yang dilakukan pada Ny. B dengan diagnosa resiko infeksi yang berhubungan dengan luka post operasi.pada tanggal 01 november 2016 : Memberi penjelasan kepada klien tentang nyeri yang dirasakan klien, respon : klien mengerti apa yang dijelaskan perawat. Mengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD=90/50 mmHg, Nadi= 99 x/mnt, RR=21 x/mnt, Suhu= 37⁰C.Mengobservasi tanda tanda dari infeksi, respon : klien mengeluh perutnya sakit. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai indikasi, respon : klien kooperatif. Tanggal 02 november 2016dilakukan implementasi pada Ny. B Mengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD=90/50 mmHg, Nadi= 99 x/mnt, RR=21 x/mnt, Suhu= 37⁰C. Mengobservasi tanda tanda dari infeksi, respon : klien mengeluh perut bagian bawah sakit. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai indikasi, respon : klien kooperatif. Tanggal 03 november 2016 dilakukan implementasi pada An. PMengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD=90/50 mmHg, Nadi= 84 x/mnt, RR=20 x/mnt, Suhu= 36,6⁰C. Mengobservasi tanda tanda dari infeksi, respon : klien mengeluh perut bagian bawah sakit. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai indikasi, respon : klien kooperatif. Implementasi yang dilakukan pada Ny. B dengan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisikpada tanggal 01 november 2016 : Mengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD=90/50 mmHg, Nadi= 99 x/mnt, RR=21 x/mnt, Suhu= 37⁰C. Mengajarkan klien melakukan pergerakan diatas kasur, respon : klien kooperatif. Mengajarkan klien melakukan mika/miki, respon : klien kooperatif. Implementasi pada tanggal 02 november 2016 pada An. PMengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD=90/50 mmHg, Nadi= 99 x/mnt, RR=21 x/mnt, Suhu= 37⁰C. Mengajarkan klien melakukan pergerakan diatas kasur, respon : klien kooperatif. Mengajarkan klien melakukan mika/miki, respon : klien kooperatif. Implementasi pada tanggal 03 november 2016 pada An. P Mengobservasi tanda – tanda vital klien, respon : TD=90/50 mmHg, Nadi= 84 x/mnt, RR=20 x/mnt, Suhu= 36,6⁰C. Mengajarkan klien melakukan pergerakan diatas kasur, respon : klien kooperatif.

Mengajarkan klien melakukan mika/miki, respon : klien kooperatif.

Setelah dilakukan evaluasi pada Ny. B dari ketiga diagnosis, diagnosis pertama teratasi sebagian, klien pulang paksa. Diagnosis kedua dan ketiga teratasi. Diagnosis teratasi sebagian karena pada data subyektif: klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang sudah berkurang, sudah tidak begitu nyeri tetapi nyerinya terkadang masih timbul, pada data obyektif: ekspresi wajah tampak datar, melaporkan bahwa nyeri berkurang, TD: 160/90 mmHg, N: 80x/menit. Diagnosis kedua teratasi karena pada data subyektif: klien mengatakan masih mual, tetapi dipaksakan untuk makan sedikit tapi sering, pada data obyektif: porsi makan meningkat habis $\frac{1}{2}$ porsi. Diagnosis ketiga teratasi karena pada data subyektif: klien mengatakan sedikit mengerti tentang penyakit hipertensi dan bagaimana cara mengantisipasinya, pada data obyektif: mampu melaksanakan prosedur yang sudah dijelaskan, mampu menjelaskan kembali pengertian, gejala, penyebab serta cara menanganinya dengan bantuan perawat/mahasiswa. Faktor pendukung yang menjadi acuan saat melakukan evaluasi keperawatan yaitu dengan kriteria hasil yang sudah dibuat sebelumnya sehingga dapat dijadikan pedoman dalam menentukan apakah tujuan tercapai atau belum. Pada diagnosis pertama, telah diberikan obat penurun tekanan darah tinggi untuk mencegah terjadinya nyeri. Namun pelaksanaan ini belum bisa teratasi sepenuhnya dikarenakan nyeri terkadang masih timbul. Selain mengkonsumsi obat yang telah di berikan, Ny.K juga harus mengetahui faktor yang bisa menyebabkan terjadinya nyeri kepala karena hipertensi. Salah satunya dengan kontrol ke pelayanan kesehatan terdekat untuk memeriksakan kondisinya. Mengubah pola hidup menjadi lebih baik adalah salah satu cara mencegah hipertensi, maka dari itu dukungan keluarga dan orang terdekat Ny.K harus memberi dukungan untuk pencegahan. Setidaknya tindakan keperawatan yang telah dilakukan mampu memberikan pengetahuan pada Ny. K penyebab dan bagaimana cara mengatasi masalah yang akan terjadi.

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2014). Setelah dilakukan 3 hari evaluasi dari 3 diagnosa yang diangkat penulis, 3 diagnosa tercapai semua tujuannya. Diagnosa yang tercapai tujuannya yaitu Nyeri akut yang berhubungan dengan post operasi herniatomi di tandai dengan wajah meringis. Pada diagnosa ini semua kriteria hasil yang penulis tulis tercapai semua. Resiko infeksi yang berhubungan dengan luka post operasi di tandai dengan rasa sakit pada luka. Pada diagnosa ini semua kriteria hasil yang penulis tulis tercapai semua. Dan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan klien terbaring lemah dikasur dan saat beraktivitas dan ADL di bantu keluarga tercapai karena pada evaluasi hari ke tiga klien sudah bisa duduk sendiri dan berbincang – bincang dengan keluarga, serta klien juga terlihat rileks.

KESIMPULAN DAN SARAN

Asuhan keperawatan pada Ny. B dengan Peritonitis telah dilaksanakan di rawat inap RSD Kalisat Kabupaten Jember pada tanggal 17 – 19 November 2016 dengan baik. Pengkajian yang dilakukan secara sistematis dapat memudahkan untuk kita mengenal masalah keperawatan sesuai dengan keadaan dan kondisi agar mampu menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Peritonitis. Diagnosa keperawatan Dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada Ny. B dengan peritonitis didapatkan masalah nyeri akut berhubungan dengan post operasi herniatomi ditandai dengan skala nyeri. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan ditandai dengan adanya luka operasi, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum ditandai dengan aktifitas dibantu. Intervensi keperawatan Dari hasil analisis data yang didapatkan dari hasil pengkajian oleh penulis pada kasus An. P dengan hernia inguinalis penulis sudah merencanakan beberapa tindakan keperawatan. Rencana tindakan disesuaikan dengan masing-masing diagnosa. Akan tetapi tidak semua intervensi yang dicantumkan di dalam dapat tercantum semua di . Fokus intervensi ini direncanakan oleh klien berdasarkan dari keadaan klien dan berdasarkan diagnosa prioritas. Implementasi keperawatan Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada klien penulis berusaha membina hubungan baik dengan komunikasi terapeutik dengan keluarga klien sehingga lebih memudahkan dalam pelaksanaan rencana tindakan. Pelaksanaan keperawatan pada klien yang dilakukan pada An. P untuk ketiga diagnosis keperawatan dapat terlaksana dengan baik. Evaluasi Langkah terakhir berupa tindakan yang dilakukan secara optimal. Evaluasi dilakukan oleh penulis pada tanggal 17 sampai 19 November 2016 dari evaluasi ke 3 masalah keperawatan yang didapatkan oleh penulis, semua masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil masing-masing masalah keperawatan.

Ucapan Terima Kasih

Rektor Universitas Muhammadiyah Jember, Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan; Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan; Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatiannya guna memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran demi terselesikannya penulisan tugas akhir ini; Dosen Penguji I dan Dosen Penguji II yang telah meluangkan waktu, dan memberikan masukan yang sangat berguna bagi terselesikannya tugas akhir ini dengan baik; Kepala Rumah Sakit Daerah Balung Jember dan semua perawat yang telah memberikan izin penelitian; Teman-teman praktek di Rumah Sakit Daerah Balung Jember beserta teman-teman Program Studi Diploma III Keperawatan angkatan 2014 yang telah memberikan bantuan serta dukungan selama ini.

Daftar Pustaka

- [1] Hariyanto, A., & Rini, S. (2015). *Buku ajar keperawatan medikal bedah 1: dengan diagnosis NANDA International*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- [2] Nurarif, A.H., dan Hardhi Kusuma. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Yogyakarta: Mediacion
- [3] Nikmatur Rohmah. (2014). *Dasar – Dasar Keperawatan Anak, edisi 5*
- [4] Nurarif, A., & Hardhi, K. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan NANDA NIC-NOC, edisi 2*. Jogjakarta: Mediacion Jogja.
- [5] Tanto, Chris. (2014). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius