

**PENERAPAN TERAPI NON-FARMAKOLOGI “TEKNIK RELAKSASI
GENGGAM JARI” DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA
PASIEN POST OP LAPARATOMI EC ADENO CA RECTI
DENGAN NYERI DI RUANG RAWAT BEDAH PRIA
RSUP DR. M. DJAMIL KOTA PADANG**

KARYA TULIS AKHIR



OLEH :

FADILLAH ARIESTA, S.Tr.Kep

NIM. 223410942

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

**PENERAPAN TERAPI NON-FARMAKOLOGI “TEKNIK RELAKSASI
GENGGAM JARI” DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA
PASIEN POST OP LAPARATOMI EC ADENO CA RECTI
DENGAN NYERI DI RUANG RAWAT BEDAH PRIA
RSUP DR. M. DJAMIL KOTA PADANG**

KARYA TULIS AKHIR

**Diajukan pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik
Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Sebagai Persyaratan
Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners**



OLEH :

FADILLAH ARIESTA, S.Tr.Kep
NIM. 223410942

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul KTA : Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang
Nama : Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep.
NIM : 223410942

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji KTA Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Padang, 14 Juni 2023
Komisi Pembimbing

Pembimbing KTA

(Efitra, S.Kp., M. Kep)
NIP. 19640127 198703 2 002

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(Ns. Nova Yanti, M. Kep., Sp.Kep.MB)
NIP. 19801023 200212 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep.

NIM : 223410942

Judul KTA : Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Suhaimi, M.Kep ()

Anggota Penguji : Ns. Sila Dewi Anggreni, M.Kep., Sp.KMB ()

Anggota Penguji : Efitra, S.Kp., M.Kep ()

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(Ns. Nova Yanti, M. Kep., Sp.Kep.MB)

NIP. 19801023 200212 2 002

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep
NIM : 223410942
Tanggal Lahir : 13 April 1999
Tahun Masuk Profesi : 2022
Nama PA : Renidayati, S.Kp., M. Kep., Sp. Jiwa
Nama Pembimbing KTA : Efitra, S.Kp., M. Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul: Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan

(Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep)
NIM. 223410942

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Karya Tulis Akhir, Juni 2023
Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep

**Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari”
Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca
Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota
Padang**

Isi: xii + 78 Halaman + 7 Tabel + 15 Lampiran

ABSTRAK

Kanker rektum adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epithelial dari rektum. Rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan yang fungsinya adalah untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna. Dalam penurunan nyeri, implementasi yang dilakukan perawat hanya dengan pemberian analgetik. Setelah dilakukan wawancara dengan perawat, terapi relaksasi genggam jari belum pernah dilakukan pada pasien Post Laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti. Tujuan karya tulis akhir ini adalah untuk melakukan Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

Metode Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (case report). Praktek profesi magang dilakukan dari bulan Mei-Juni 2023. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien post laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti dengan nyeri yang di rawat di ruangan bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Sampel dalam karya tulis akhir ini adalah 2 orang pasien dengan diagnosis post laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti dengan nyeri di ruangan bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Hasil evaluasi dan intervensi yang diberikan pada pasien menunjukkan adanya pengaruh terapi relaksasi genggam jari dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien Post Laparatomy atas indikasi Adeno Ca Recti.

Diharapkan selain pemberian analgetik dalam menurunkan nyeri, terapi relaksasi genggam jari ini juga diterapkan pada pasien post laparatomi untuk menurunkan intensitas nyeri.

Kata Kunci : Terapi Genggam Jari, Post Op Laparatomi, Adeno Ca Recti, Nyeri

Daftar Pustaka: 35 (2016-2022)

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Karya Tulis Akhir, Juni 2023
Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep

**Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari”
Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca
Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota
Padang**

Isi: xii + 78 Halaman + 7 Tabel + 15 Lampiran

ABSTRAC

Kanker rektum adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epithelial dari rektum. Rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan yang fungsinya adalah untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna. Dalam penurunan nyeri, implementasi yang dilakukan perawat hanya dengan pemberian analgetik. Setelah dilakukan wawancara dengan perawat, terapi relaksasi genggam jari belum pernah dilakukan pada pasien Post Laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti. Tujuan karya tulis akhir ini adalah untuk melakukan Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

Metode Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (case report). Praktek profesi magang dilakukan dari bulan Mei-Juni 2023. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien post laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti dengan nyeri yang di rawat di ruangan bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Sampel dalam karya tulis akhir ini adalah 2 orang pasien dengan diagnosis post laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti dengan nyeri di ruangan bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Hasil evaluasi dan intervensi yang diberikan pada pasien menunjukkan adanya pengaruh terapi relaksasi genggam jari dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien Post Laparatomy atas indikasi Adeno Ca Recti.

Diharapkan selain pemberian analgetik dalam menurunkan nyeri, terapi relaksasi genggam jari ini juga diterapkan pada pasien post laparatomi untuk menurunkan intensitas nyeri.

Kata Kunci : Terapi Genggam Jari, Post Op Laparatomi, Adeno Ca Recti, Nyeri

Daftar Pustaka: 35 (2016-2022)

KATA PENGANTAR

Peneliti mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini. Shalawat serta salam tidak lupa peneliti junjungkan kepada Nabi besar yakni Nabi Muhammad SAW yang telah membawa umatnya dari zaman jahiliyah ke zaman yang berilmu pengetahuan seperti yang dirasakan sampai saat sekarang ini.

Penyusunan dan penulisan Karya Tulis Akhir ini merupakan suatu rangkaian dari proses pendidikan secara menyeluruh di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, dan sebagai syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners pada masa akhir pendidikan.

Judul Karya Tulis Akhir ini **“Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparotomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang”**.

Peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala bantuan, bimbingan, arahan dan petunjuk dari Ibu **Efitra, S.Kp., M. Kep** selaku Pembimbing Utama.

Ucapan terima kasih ini juga peneliti tujukan kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep., Sp.Jiwa, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang dan sekaligus sebagai Pembimbing Akademik.
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG(K) selaku Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan praktek magang profesi ners.
3. Bapak Tasman, S.Kp., M. Kep., Sp. Kom., selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
4. Ibu Ns. Nova Yanti, M. Kep., Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

5. Bapak dan Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang yang telah membekali ilmu sehingga peneliti dapat menyelesaikan karya tulis akhir ini.
6. Teristimewa kedua orang tua tercinta, kakak dan adik tercinta yang senantiasa memberikan semangat, dukungan, motivasi, do'a dan restu yang tak pernah henti untuk kelancaran dan kesuksesan peneliti dalam menyelesaikan penulisan Karya Tulis Akhir ini.
7. Sahabat-sahabat yang telah memberikan semangat, dukungan, motivasi dan nasehat yang membangun pada peneliti dalam menyelesaikan penulisan Karya Tulis Akhir ini.
8. Teman-teman Profesi Ners angkatan 2022 Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan penulisan Karya Tulis Akhir ini.
9. Terakhir kepada seseorang yang telah membuat hati saya patah disaat proses penyusunan Karya Tulis Akhir ini. Terimakasih untuk lukanya. Ternyata luka yang anda berikan cukup memotivasi saya untuk terus maju dan berproses menjadi pribadi yang lebih baik lagi. Terimakasih telah menjadi bagian menyenangkan sekaligus menyakitkan dari proses pendewasaan penulis.

Semoga apa yang telah diberikan kepada peneliti dibalas oleh Allah SWT dengan hal yang lebih baik, Aamiin. Sebagai manusia biasa yang tidak luput dari khilaf, peneliti menyadari Karya Tulis Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi materi maupun penulisannya. Oleh sebab itu, dengan segala kerendahan hati, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Akhir ini. Semoga Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama dibidang Pendidikan dan Kesehatan.

Padang, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS AKHIR.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRAC	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN LITERATUR.....	7
A. Konsep Ca Recti.....	7
B. Konsep Dasar Laparatomi	17
C. Konsep Dasar Nyeri	19
D. Terapi Relaksasi Genggam Jari.....	26
E. <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN).....	29
F. Asuhan Keperawatan Teoritis	38
BAB III METODE KARYA TULIS AKHIR	54
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	54
B. Waktu dan Tempat	54
C. Populasi Dan Sampel.....	54
D. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	56
E. Instrumen	57
F. Prosedure Karya Tulis Akhir	58
G. Analisis Data	58

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	60
A. Hasil.....	60
B. Pembahasan.....	95
BAB V PENUTUP.....	103
A. Kesimpulan	103
B. Saran	104
DAFTAR PUSTAKA.....	105

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 SOP Genggam Jari	32
Tabel 2. 2 Analisis Jurnal Metode PICO	37
Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan	52
Tabel 4. 1 Pengkajian Pre Operasi.....	66
Tabel 4. 2 Pengkajian Post Operasi	70
Tabel 4. 3 Analisa Data Pre Operasi.....	72
Tabel 4. 4 Analisa Data Post Operasi	73
Tabel 4. 5 Diagnosis Keperawatan Pre Operasi	73
Tabel 4. 6 Diagnosis Keperawatan Post Operasi.....	74
Tabel 4. 7 Rencana Askep Pre Operasi.....	78
Tabel 4. 8 Rencana Askep Post Operasi	80
Tabel 4. 9 Implementasi dan Evaluasi Pre Operasi	89
Tabel 4. 10 Implementasi dan Evaluasi Pre Operasi	94

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Rektum.....	7
Gambar 2. 2WOC Kanker Rektum.....	12
Gambar 2. 3 Skala Intensitas Nyeri Numerik.....	23
Gambar 2. 4 Skala Intensitas Nyeri Numerik.....	23
Gambar 3. 1 Prosedure KTA.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

Ganchart

Lembar Persetujuan

Lembar Pengesahan

Lembar Konsultasi Bimbingan

Lembar Informed Consent

SOP Terapi Relaksasi Genggam Jari

Leaflet

Askep Lengkap

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ca Recti adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epithelial dari rektum. Rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan yang fungsinya adalah untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna (Hildawati, 2020). Ca Recti dapat disebabkan oleh makanan yang tinggi lemak dan rendah serat, polip, gaya hidup yang buruk, usia lebih dari 50 tahun. Kemudian beberapa tanda dan gejala dari Ca Recti yaitu ada darah pada feses, perut sering nyeri dan kembung, berat badan berkurang tanpa alasan yang pasti serta mual dan muntah. Ca Recti merupakan bentuk keganasan atau pertumbuhan sel abnormal pada rektum yang paling sering terjadi pada sistem saluran cerna. Masalah yang sering dialami pada pasien kanker yaitu adanya rasa ketidaknyamanan seperti rasa nyeri yang berasal dari penekanan sel kanker ataupun dari tindakan pembedahan (Mistati, 2019).

Kasus penyakit dengan tindakan pembedahan menempati urutan ke-11 dari 50 penyakit di rumah sakit se-Indonesia dengan persentase 12.8%, dan 32% diantaranya merupakan jenis bedah laparatomi (Rahmayati et al, 2018). Menurut buku laporan overan di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam 1 bulan terakhir yaitu pada bulan April-Mei 2023 terdapat 15 kasus tindakan pembedahan dengan indikasi laparatomi.

Bedah laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen yang mengalami masalah seperti perdarahan, perforasi, kanker, dan obtruksi pada area abdomen. Adapun masalah yang seringkali muncul pada post operasi laparatomi adalah nyeri pada area bedah, terbatasnya lingkup gerak sendi, serta resiko infeksi (Ditya et al, 2016; Nurhayati et al, 2019). Dari beberapa masalah tersebut yang paling sering dikeluhkan pasien adalah nyeri. Nyeri

pada laparatomi merupakan nyeri akut yang memiliki permulaan cepat dan berlangsung dalam waktu singkat yang terjadi karena adanya luka insisi bekas pembedahan yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator- mediator kimia nyeri diantaranya histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin (Edi et al, 2020; Nurhayati et al, 2020). Sensasi nyeri mulai terasa sebelum kesadaran pasien kembali penuh dan semakin meningkat seiring dengan berkurangnya pengaruh anestesi. Nyeri pada post laparatomi sering ditemukan dalam tingkat nyeri berat dan sedang karena rusaknya integumen, jaringan otot, vaskular dan menimbulkan efek nyeri yang lebih lama pada masa pemulihan (Rahmayati., Hardiansy, R., Nurhayati, 2018). Dampak nyeri dapat menurunkan metabolisme berbagai jaringan ditubuh, dan menyebabkan koagulasi darah meningkat, retensi cairan, gangguan tidur, hingga dampak ke perilaku dan lamanya hari rawat di rumah sakit yang memanjang (Smeltzer & Bare, 2010). Kemajuan fisik atau psikologis tidak dapat terjadi selama nyeri akut masih dirasakan karena pasien memfokuskan semua perhatiannya pada upaya untuk mengatasi nyeri (Abdul et al., 2020).

Untuk mengatasi atau mengurangi rasa nyeri diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri dapat dilakukan dengan dua cara yaitu farmakologi dengan obat-obatan seperti : Obat-obat golongan opiate (misalnya morfin, pethidin, fentanyl). Obat-obat golongan non opiate (misalnya parasetamol, golongan NSAID). (dr. Dewi Kusumawati, Sp.An., KIC 2018). Walaupun analgesic dapat menghilangkan nyeri dengan efektif tetapi efek samping yang harus dipertimbangkan yaitu depresi pernafasan, mual, muntah, konstipasi, dan efek toksik pada pasien dengan gangguan hepar atau ginjal. Oleh karena itu perlu memilih terapi farmakologi yang tepat untuk masing-masing pasien. Memilih terapi non-farmakologi sebagai alternatif untuk memaksimalkan penanganan nyeri pasca operasi serta memberikan efek samping yang minimal (Utami, 2020).

Berbagai macam pendekatan non farmakologis antara lain distraksi, massage, guide imaginary, aromaterapi, stimulasi ,terapi es dan panas hipnoterapi dan teknik relaksasi (Rahmayati & Hardiansyah, 2018). Salah satu jenis teknik

relaksasi yang dapat menurunkan nyeri setelah operasi adalah teknik relaksasi genggam jari (Abdul et al., 2020). Relaksasi genggam jari yang disebut finger hold merupakan sebuah teknik relaksasi yang sudah digunakan dalam asuhan keperawatan untuk meredakan atau mengurangi intensitas nyeri pasca pembedahan (Tyas & Sadanoer, 2019). Relaksasi genggam jari merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana yang mudah dilakukan oleh siapa saja (Rifti Ekawati et al., 2022). Teknik relaksasi genggam jari (finger hold) merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun.

Teknik relaksasi genggam jari ini berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalur atau jalur energi dalam tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Indrawati & Arham, 2020).

Dalam rangka mengoptimalkan upaya pencegahan dan pengendalian kanker di Indonesia, perlu adanya upaya masif yang dilakukan oleh semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian kanker.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh ((Larasati & Hidayati, 2022) mendapatkan hasil Pemberian relaksasi genggam jari selama 3 hari dalam waktu 15 menit dengan frekuensi pemberian terapi 1 kali/hari pada pasien post operasi laparatomi dapat mengurangi nyeri. Skala nyeri post operasi

sebelum diberikan terapi relaksasi genggam jari sebagian besar kategori sedang, setelah diberikan menjadi kategori ringan. Sehingga intervensi ini terbukti memiliki pengaruh dalam menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 15 Mei 2023 oleh perawat terhadap 2 orang pasien Adeno Ca Recti yang mengalami nyeri adalah dengan pemberian analgetik. Selanjutnya terapi non-farmakologi yang dianjurkan perawat untuk mengatasi nyeri pada pasien adalah dengan menenangkan pasien hingga pasien rileks dengan memberi instruksi tenang. Setelah dilakukan wawancara dengan perawat, terapi relaksasi genggam jari belum pernah dilakukan pada pasien Post Laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti melakukan penelitian tentang Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Dalam Menurunkan Tingkat Nyeri Pada Pasien Dengan Adeno Ca Recti Di Ruang Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimanakah Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk melakukan Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penyusunan karya tulis akhir ini adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan Pengkajian dalam Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.
- b. Menetapkan Diagnosis Keperawatan dalam Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.
- c. Menyusun Intervensi dalam Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.
- d. Melaksanakan Implementasi dalam Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.
- e. Melakukan Evaluasi dalam Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.
- f. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Adeno Ca Recti Dengan Penerapan Terapi Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri Di Ruang Bedah Pria Rsup Dr. M. Djamil Kota Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil karya tulis akhir ini dapat menambah wawasan tentang asuhan keperawatan dengan Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien

Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

- b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan penelitian dan menjadi data dasar pada penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini bisa menjadi acuan bagi tenaga kesehatan di

b. Bagi Perawat

Penulisan karya tulis akhir ini, diharapkan dapat memberi informasi mengenai penerapan terapi relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada pasien post laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti di ruang bedah pria Rsup Dr. M. Djamil Kota Padang. Sehingga diharapkan seorang perawat dapat memberikan terapi relaksasi genggam jari pada pasien post operasi.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan dapat Menambah referensi perpustakaan khususnya mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners, serta sebagai sumber informasi tambahan dan bahan rujukan untuk pembanding bagi peneliti selanjutnya dalam penerapan terapi relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada pasien post laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil karya tulis akhir yang diperoleh ini bisa dijadikan data dasar dalam asuhan keperawatan dengan penerapan terapi relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada pasien Adeno Ca Recti di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

BAB II TINJAUAN LITERATUR

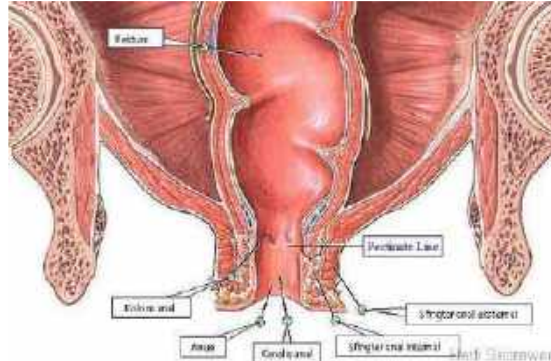
A. Konsep Ca Recti

1. Pengertian Ca Recti

Kanker rektum adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epithelial dari rektum. Rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan yang fungsinya adalah untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna (Hildawati, 2020).

Kanker rektum merupakan bentuk keganasan atau pertumbuhan sel abnormal pada rektum yang paling sering terjadi pada sistem saluran cerna. Masalah yang sering dialami pada pasien kanker yaitu adanya rasa ketidaknyamanan seperti rasa nyeri yang berasal dari penekanan sel kanker ataupun dari tindakan pembedahan (Mistati, 2019).

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2. 1 Anatomi Rektum

Sumber : <https://hedisasrawan.blogspot.com>

Rektum termasuk kedalam bagian usus besar. Rektum adalah bagian saluran pencernaan selanjutnya dengan panjang 12-13 cm dan meluas dari kolon sigmoid ke diafragma melvis. Rektum berakhir pada saluran anal dan membuka ke eksterior di anus. Terdapat mukosa saluran anal yang tersusun dari kolumna rektal atau anal yaitu lipatan vertikal yang masing-masing berisi arteri dan vena. Dan terdapat sfingter anal internal

otot polos (involunteer) dan sfingter anal internal otot polos dan sfingter anal eksternal otot rangka (volunteer) mengitari anus (Susanto, 2017).

3. Epidemiologi Kasus

Data Globocan menyebutkan di tahun 2018 terdapat 18,1 juta kasus baru dengan angka kematian sebesar 9,6 juta kematian, dimana 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 6 perempuan di dunia mengalami kejadian kanker. Data tersebut juga menyatakan 1 dari 8 laki-laki dan 1 dari 11 perempuan, meninggal karena kanker.

4. Klasifikasi Ca Recti

Klasifikasi stadium kanker kolorektal yaitu mengelompokkan kanker rektum ke dalam stadium yang tepat, berdasarkan ciri-ciri tertentu. Ciri-ciri itu dapat berupa kedalaman invasi sel kanker pada dinding usus besar, tingkat penyebaran pada kelenjar getah bening, dan adanya metastasis, yang diperoleh dari hasil colonoscopy baik pada pasien kanker kolorektal maupun bukan pasien kanker kolorektal (Simanjuntak, 2019).

a. Stadium 0

Dalam tahap 0 dikenal juga dengan karsinoma. Penyakit kanker kolorektal pada stadium 0, kanker hanya berada didalam lapisan usus besar atau direktum saja. Treatment lebih lanjut tidak dibutuhkan jika kanker sudah diangkat pada proses endoskopi polipektomi.

b. Stadium 1

Kanker telah berkembang ke lapisan kedua atau ketiga dinding usus. Namun belum menyebar ke lapisan luar dinding usus.

c. Stadium 2

Kanker telah berkembang ke lapisan keempat atau lapisan lapisan terluar usus dan telah menyebar kelenjar getah bening.

d. Stadium 3

Kanker telah memasuki tahap lanjut. Sel kanker telah menyebar ke jaringan terdekat usus besar dan rektum

e. Stadium 4

Kanker telah memasuki tahap akut. Penyebaran telah sampai ke organ-organ vital didalam tubuh misalnya hati, paru-paru, dan juga ovarium atau indung telur.

5. Etiologi

Menurut (Sayuti & Nouva, 2019), etiologi kanker kolorektal hingga saat ini masih belum diketahui. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa faktor genetik memiliki korelasi terbesar untuk kanker kolorektal. Mutasi dari gen Adenomatous Polyposis Coli (APC) adalah penyebab Familial Adenomatous polyposis (FAP), yang mempengaruhi individu membawa resiko hampir 100% mengembangkan kanker usus besar pada usia 40 tahun. Banyak faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker rektum diantaranya adalah :

a. Diet tinggi lemak, rendah serat

Salah satu faktor risiko meningkatnya angka kejadian karsinoma rektal adalah perubahan diet pada masyarakat. Diet rendah serat dan tinggi lemak diduga meningkatkan risiko karsinoma rektal. Sejumlah penelitian epidemiologi menunjukkan diet tinggi serat berkorelasi negatif dengan risiko kanker rektum. Seseorang dengan asupan rendah serat mempunyai risiko 11 kali lebih besar terkena karsinoma rektal dibandingkan dengan tinggi serat. Sedangkan asupan serat harian rata-rata orang Indonesia masih rendah sebesar 10,5 g/hari. Serat memberikan efek protektif dari sel kanker dengan mempercepat waktu kontak antara karsinogen dan usus besar saat penggumpalan feses, sehingga menipiskan dan menonaktifkan karsinogen.

b. Lemak

Kelebihan lemak diyakini mengubah flora bakteri dan mengubah steroid menjadi senyawa yang mempunyai sifat karsinogen.

c. Polip

Polip adalah pertumbuhan sel pada dinding dalam kolon atau rektum, dan sering terjadi pada orang berusia 50 tahun ke atas. Sebagian besar polip bersifat jinak (bukan kanker), tapi beberapa polip (adenoma) dapat menjadi kanker.

d. Inflammatory Bowel Disease

Orang dengan kondisi yang menyebabkan peradangan pada rectum (misalnya colitis ulcerativa) selama bertahun-tahun memiliki risiko yang lebih besar.

e. Riwayat kanker pribadi

Orang yang sudah pernah terkena kanker kolorektal dapat terkena kanker kolorektal untuk kedua kalinya. Selain itu, wanita dengan riwayat kanker di indung telur, uterus (endometrium), atau payudara mempunyai tingkat risiko yang lebih tinggi untuk terkena kanker rektum.

f. Gaya hidup

Orang yang merokok, atau menjalani pola makan yang tinggi lemak dan sedikit buah-buahan dan sayuran memiliki tingkat risiko yang lebih besar terkena kanker kolorektal serta kebiasaan sering menahan tinja/defekasi yang sering.

g. Usia lebih dari 50 tahun

Kanker rektum biasa terjadi pada mereka yang berusia lebih tua. Lebih dari 90 persen orang yang menderita penyakit ini didiagnosis setelah usia 50 tahun ke atas.

h. Riwayat keluarga satu tingkat generasi dengan Riwayat kanker rektum mempunyai risiko 3 kali lebih besar.

i. Crohn disease, berisiko 4 sampai 10 kali lipat

6. Manifestasi Klinis

Menurut (Sayuti & Nouva, 2019), Gejala umum yang sering terjadi pada kanker rektum yaitu :

- a. Diare atau sembelit
- b. Perut terasa penuh

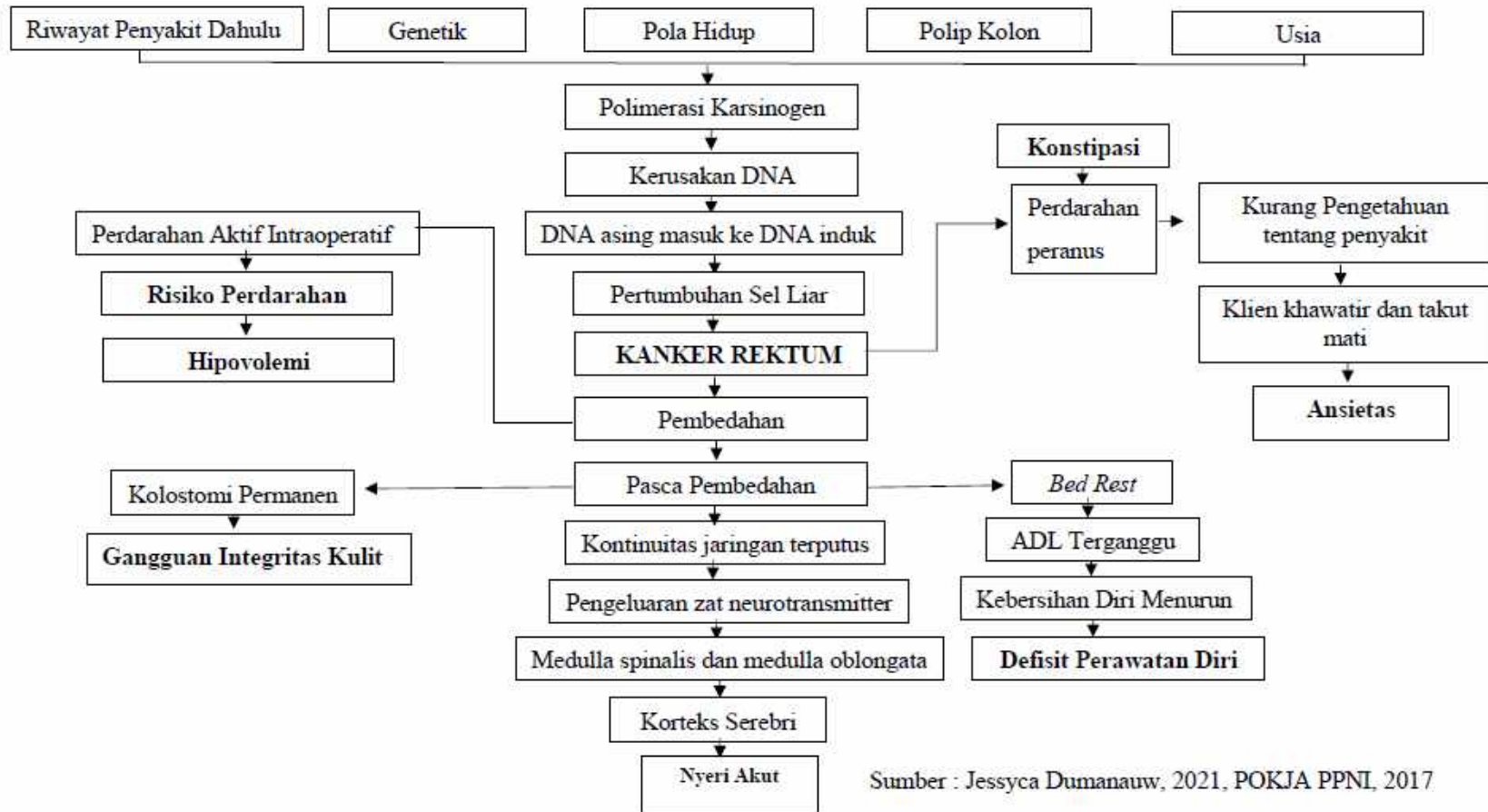
- c. Ditemukannya darah di feses
- d. Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya
- e. Sering mengalami sakit perut, kram perut, dan kembung
- f. Kehilangan berat badan tanpa alasan yang belum diketahui
- g. Mual dan muntah

7. Patofisiologi

Kanker rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus). Dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke bagian tubuh yang lain (Suratun & Lusianah, 2014) dalam (Dumanauw, 2020).

Karsinogen adalah substansi yang mengakibatkan perubahan pada struktur dan fungsi sel menjadi bersifat maligna. Maligna merupakan proses perubahan sel normal menjadi sel kanker. Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler yaitu inisiasi merupakan perubahan dalam bahan genetika yang memicu sel menjadi ganas, promosi yaitu perubahan sel menjadi ganas dan progresi yaitu tahap akhir terbentuknya sel kanker (Smeltzer, 2016) dalam (Sabila, 2021).

8. WOC



Gambar 2. 2WOC Kanker Rektum

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium Klinis

Pemeriksaan laboratorium terhadap karsinoma kolorektal bisa untuk menegakkan diagnosa maupun monitoring perkembangan atau kekambuhannya. Pemeriksaan terhadap kanker ini antara lain pemeriksaan darah, Hb, elektrolit, dan pemeriksaan tinja yang merupakan pemeriksaan rutin. Anemia dan hipokalemia kemungkinan ditemukan oleh karena adanya perdarahan kecil. Perdarahan tersembunyi dapat dilihat dari pemeriksaan tinja.

Selain pemeriksaan rutin di atas, dalam menegakkan diagnosa karsinoma kolorektal dilakukan juga skrining CEA (Carcinoma Embrionic Antigen). Carcinoma Embrionic Antigen merupakan pertanda serum terhadap adanya karsinoma kolon dan rektum. Carcinoma Embrionic Antigen adalah sebuah glikoprotein yang terdapat pada permukaan sel yang masuk ke dalam peredaran darah, dan digunakan sebagai marker serologi untuk memonitor status kanker kolorektal (Sayuti & Nouva, 2019).

b. Pemeriksaan Patologi Anatomi

Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi pada kanker kolorektal adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus. Hasil pemeriksaan ini adalah hasil histopatologi yang merupakan diagnosa definitif. Dari pemeriksaan histopatologi inilah dapat diperoleh karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma rektal ini.

c. Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen atau menggunakan kontras. Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras barium.

Computerised Tomography scan (CT-Scan), Magnetic Resonance Imaging (MRI), Endoscopic Ultrasound (EUS) merupakan bagian dari teknik pencitraan yang digunakan untuk evaluasi, staging dan

tindak lanjut pasien dengan kanker kolon, tetapi teknik ini bukan merupakan skrining tes (Sayuti & Nouva, 2019).

d. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi dilakukan saluran pencernaan dengan menggunakan alat kolonoskop, yaitu selang lentur berdiameter kurang lebih 1,5 cm dan dilengkapi dengan kamera. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran kurang dari 1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94%, lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67%).

10. Penatalaksanaan

a. Tindakan Operasi

Pembedahan merupakan pengobatan utama untuk kanker usus stadium awal. Pada kasus kanker rectum terdapat banyak metode pembedahan, yaitu :

1) Reseksi low anterior

Metode ini dilakukan bila posisi kanker terletak diatas rectum dekat dengan perbatasan usus besar. Dokter bedah membuat sayatan untuk mengangkat bagian yang terkena kanker beserta kelenjar getah bening yang terinfeksi, tanpa mempengaruhi anus. Pada metode ini pasien dapat BAB seperti biasa.

2) Proctectomy dengan colo-anal anastomosis

Metode ini digunakan bila letak kanker diantara bagian tengah dan 2/3 bawah dubur. Maka seluruh rectum dan usus besar yang melekat pada anus perlu diangkat. Untuk itu dokter membuat kantung pembuatan tinja sementara (ostomi) sampai ususnya sembuh. Operasi kedua diperlukan kemudian untuk menutup pembukaan ostomi.

3) Reseksi Abdominoperineal

Metode ini digunakan apabila kanker terletak pada bagian bawah rectum dekat dengan anus, maka ahli bedah perlu mengangkat sampai ke anusnya. Untuk itu dokter membuat lubang pembuangan tinja permanen perlu dibuat untuk mengeluarkan tinja/kotoran dari tubuh pasien.

4) Eksenterasi Panggul

Jika kanker rektum sudah menyebar ke organ terdekat, maka diperlukan suatu pembedahan radikal yang mungkin melibatkan pengangkatan usus besar, anus ataupun kandung kemih/prostat/Rahim yang terinfeksi. Suatu ostomy diperlukan untuk pembuangan tinja permanen. Jika kandung kemih diangkat maka akan dibuat urostomi untuk pembuangan air seni, jika diperlukan.

b. Radioterapi

Terapi radiasi merupakan penanganan kanker dengan menggunakan x-ray berenergi tinggi untuk membunuh sel kanker. Terdapat dua cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan radiasi eksternal dan radiasi internal. Pemilihan cara radiasi diberikan tergantung pada tipe dan stadium dari kanker. Radiasi eksternal (External Beam Therapy) merupakan penanganan dimana radiasi tingkat tinggi secara tepat diarahkan pada sel kanker. Sejak radiasi digunakan untuk membunuh sel kanker, maka dibutuhkan pelindung khusus untuk melindungi jaringan yang sehat disekitarnya. Terapi radiasi tidak menyakitkan dan pemberian radiasi hanya berlangsung beberapa menit. Radiasi internal (brachytherapy, implant radiation) menggunakan radiasi yang diberikan ke dalam tubuh sedekat mungkin pada sel kanker. Substansi yang menghasilkan radiasi disebut radioisotop, bisa dimasukkan dengan cara oral, parenteral atau implant langsung pada tumor. Radiasi internal memberikan tingkat.

c. Kemoterapi

Peran kemoterapi dalam tatalaksana kanker rektum adalah sebagai terapi neoadjuvan pre-operatif, konkuren sebagai radiosensitizer dan adjuvan pasca operatif. Pada tahap paliatif, kemoterapi merupakan pilihan utama terapi. Pemberian kemoterapi neoadjuvan secara bersamaan dengan radioterapi merupakan rekomendasi pilihan terapi bagi kanker rektum stadium lanjut lokal.

d. Kolostomi

Kolostomi adalah pembuatan lubang sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut dengan tindakan bedah bila jalan ke anus tidak bisa berfungsi, dengan cara pengalihan aliran feses dari kolon karena gangguan fungsi anus. Tujuan kolostomi adalah untuk mengatasi proses patologis pada kolon dista dan untuk proses dekompresi karena sumbatan usus besar distal dan selalu dibuat pada dinding depan abdomen. Indikasi kolostomi pada klien kanker rektum meliputi sumbatan di lumen rektum, anus karena infeksi berat lama, fibrosis pasca infeksi, sumbatan diluar lumen (proses infeksi pada pelvis), trauma anus-rektum. Kolostomi dibuat berdasarkan indikasi dan tujuan tertentu, sehingga jenisnya ada beberapa macam tergantung dari kebutuhan klien. Kolostomi dapat dibuat secara permanen maupun sementara (Suratun & Lusianah, 2014). Berikut jenis-jenis kolostomi (Suratun & Lusianah, 2014):

1) Kolostomi permanen

Pembuatan kolostomi permanen biasanya dilakukan apabila klien sudah tidak memungkinkan untuk defekasi secara normal karena adanya keganasan, perlengketan (adhesi), atau pengangkatan kolon sigmoid atau rektum sehingga tidak memungkinkan feses melalui anus. Kolostomi permanen biasanya berupa kolostomi single barrel (dengan satu ujung lubang).

2) Kolostomi temporer/sementara

Pembuatan kolostomi temporer biasanya untuk tujuan dekompresi kolon atau untuk mengalirkan feses sementara dan kemudian

kolon akan dikembalikan seperti semula dan abdomen ditutup kembali. Kolostomi temporer ini mempunyai dua ujung lubang yang dikeluarkan melalui abdomen yang disebut kolostomi double barel.

Menurut society, 2017 pembedahan adalah pengobatan yang tepat untuk kanker rektum. Perawatan tambahan seperti kemoterapi dan radiasi, sering digunakan sebelum operasi dan atau setelah operasi untuk mengurangi resiko metastasis.

11. Komplikasi

Metastasis sering terjadi ke kelenjar getah bening dan organ lain, misal ke hati, paru dan otak. Komplikasi lainnya sebagai berikut;

- a. Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus partial/lengkap.
- b. Pertumbuhan dan ulserasi dapat menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi.
- c. Perforasi dapat terjadi yang menyebabkan pembentukan abses.
- d. Peritonitis /sepsis yang dapat menimbulkan syok.

B. Konsep Dasar Laparatomi

1. Pengertian Laparatomi

Laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemorargi, perforasi, kanker, dan obstraksi). Laparatomi dilakukan pada kasus-kasus seperti apendiksitis, perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis (Sjamsuhidayat & Jong, 2012).

Laparatomi adalah membuka dinding abdomen dan peritoneum. Bedah laparatomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, bedah laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah

abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Yuniartha 2018 dalam Fauziah, 2020).

2. Indikasi Laparatomi

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparatomi yakni, trauma abdomen (tumpul dan tajam) atau rupture hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (Internal Bleeding), sumbatan pada usus halus dan usus besar, masa pada abdomen (Jotowiyono, 2012).

3. Jenis Sayatan Laparatomi

Insisi-insisi yang paling sering dilakukan pada pembedahan laparatomi berdasarkan lokasi menurut Gruandemann & Barbara (2006) dalam Safik (2018) adalah sebagai berikut:

a. Paramedian

Insisi paramedian dibuat disamping garis tengah, di bagian atas atau bawah abdomen.

b. Garis Tengah (median)

Insisi garis tengah dibuat melalui kulit dan jaringan subkutan dari sebuah titik, tetapi dibawah atau di atas umbilicus ke tepat dibawah prosesus xifoideus atau tepat diatas simfisis pubis.

c. Transversus

Insisi transversus dibuat melalui kulit dan jaringan subkutis dari satu batas lateral otot rektus ke batas lain pada ketinggian tertentu di dinding abdomen

d. Subkosta

Insisi transversus dibuat melalui kulit dan jaringan subkutis dari satu batas lateral otot rektus ke batas lain pada ketinggian tertentu di dinding abdomen

e. Pfannenstiel

Insisi pfnnenstiel biasanya digunakan untuk operasi panggul. Insisi ini dirancang untuk menghasilkan efek kosmetik maksimum: jaringan parut akan berada di daerah yang ditutupi oleh rambut pubis.

f. McBurney

Insisi yang sangat pendek di kuadran bawah kanan abdomen dan memberikan pajanan yang terbatas. Insisi ini dikerjakan untuk apendektomi.

C. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan respon emosional yang tidak menyenangkan dari individu yang menggambarkan adanya gangguan maupun kerusakan jaringan. Nyeri akut yang dirasakan pasca operasi merupakan penyebab stres dan gelisah yang menyebabkan mengalami gangguan tidur, cemas, tidak nafsu makan dan ekspresi tegang (Potter & Perry, 2010).

2. Fisiologi Nyeri

Menurut (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2012), fisiologi nyeri merupakan alur terjadinya nyeri dalam tubuh. Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, presepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengeluarkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medulla spinalis, kemudian melalui salah satu dari beberapa rute saraf, dan akhirnya sampai didalam masa berwarna abu-abu di medulla spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau distransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri.

Struktur reseptor nyeri somatic dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, saraf, otot, dan jaringan penyangga

lainnya. Oleh karena struktur reseptornya kompleks, nyeri yang timbul merupakan nyeri yang tumpul dan sulit dilokalisasi. Reseptor nyeri jenis ketika adalah reseptor visceral, reseptor ini meliputi organ-organ visceral

seperti jantung, hati, usus, ginjal, dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada

reseptor ini biasanya tidak sensitive terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitive terhadap penekanan, iskemia, dan inflamasi. Proses nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut menunggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi system saraf serta interpretasi stimulus.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Faktor tersebut antara lain adalah sebagai berikut :

a. Usia

Perbedaan tahap perkembangan yang ditemukan diantara kelompok umur mempengaruhi bagaimana anak-anak dan dewasa akhir berspons terhadap nyeri (Tamsuri, 2007).

b. Jenis kelamin

Laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri (Potter & Perry, 2010).

c. Pengalaman masa lalu dengan nyeri

Seringkali individu yang lebih berpengalaman dengan nyeri yang dialaminya, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan. Individu mungkin akan lebih sedikit mentoleransi nyeri, akibatnya individu ingin nyerinya segera reda sebelum nyeri tersebut menjadi lebih parah (Smeltzer & Bare, 2013).

d. Efek Placebo

Efek ini terjadi ketika seseorang berespon terhadap pengobatan atau tindakan lain karena sesuatu harapan bahwa pengobatan tersebut benar-benar bekerja (Smeltzer&Bare, 2013).

e. Keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Individu yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi (Potter & Perry, 2010).

f. Pola Koping

Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri (Potter & Perry, 2010).

4. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri menurut (Andarmoyo, 2013) antara lain :

a. Nyeri Perifer

Nyeri ini di bagi menjadi 3:

- 1) Nyeri superfisial yaitu rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- 2) Nyeri viseral yaitu rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri dirongga abdomen, kranium dan toraks.
- 3) Nyeri alih yaitu nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b. Nyeri Sentral

Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medula spinalis, batang otak dan talamus.

c. Nyeri psikogenetik

Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri ini timbul akibat pikiran penderita sendiri. Nyeri ini muncul karena psikologis bukan fisiologis.

5. Bentuk Nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Andarmoyo, 2013).

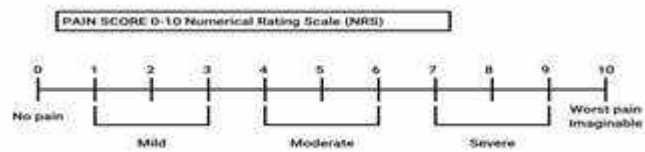
b. Nyeri Kronik

Nyeri ini berlangsung lebih dari enam bulan. Sumber nyeri bisa diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Selain itu, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita sukar untuk menunjukkan lokasinya. Dampak dari nyeri ini antara lain penderita menjadi mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia. Akibatnya, mereka menjadi kurang perhatian, sering merasa putus asa dan terisolir dari kerabat dan keluarga. Nyeri kronis biasanya hilang timbul dalam periode waktu tertentu. Ada kalanya penderita terbebas dari rasa nyeri (Andarmoyo, 2013).

6. Pengukuran Nyeri

Skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan dapat dipercaya dalam menentukan intensitas nyeri klien. Skala seperti itu memberikan konsistensi bagi perawat untuk berkomunikasi dengan klien dan tenaga kesehatan lain. Sebagian besar skala menggunakan rentang 0-5 atau 0-10 dengan 0 mengindikasikan “tidak nyeri” dan nomor yang tertinggi mengindikasikan “kemungkinan nyeri terhebat” bagi individu tersebut (Berman, Snyder, Koziar, Erb, 2009).

a. Numeric Rating Scale

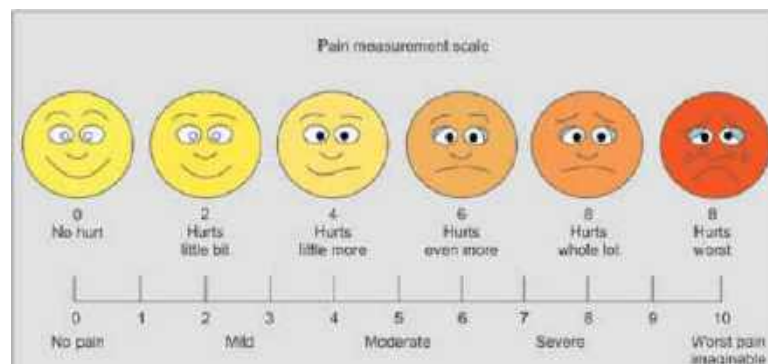


Gambar 2. 3 Skala Intensitas Nyeri Numerik

Sumber: Kozier, Erb, 2009.

- 0 tidak nyeri
- 1-3 nyeri ringan, secara objektif masih dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 Nyeri sedang, secara objektif subjek mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dan mengikuti perintah
- 7-9 Nyeri berat, secara objektif subjek tidak dapat mengikuti perintah, tetapi masih respons terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan nyeri, serta tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas sepanjang dan distraksi
- 10 Nyeri yang tidak tertahankan
Subjek tidak mampu lagi berkomunikasi dan memukul

b. Face Rating Scale



Gambar 2. 4 Skala Intensitas Nyeri Numerik

Sumber: Kozier, Erb, 2009.

7. Manajemen Nyeri Pada Post Operasi

Kontrol nyeri sangat penting pada pasien post operasi, nyeri yang dibebaskan dapat mengurangi kecemasan, bernafas lebih mudah dan dalam, dapat mentoleransi mobilisasi yang cepat. Pengkajian nyeri dan kesesuaian analgesik harus digunakan untuk memastikan bahwa nyeri pasien post operasi dapat dibebaskan (Smeltzer & Bare, 2013).

Tujuan keseluruhan dalam pengelolaan nyeri adalah mengurangi nyeri sebesar-besarnya dengan kemungkinan efek samping paling kecil. Dampak nyeri post operasi akan meningkatkan stress. Dalam pengelolaan nyeri biasanya digunakan dua manajemen, yaitu manajemen farmakologi dan non-farmakologi (Tamsuri, 2007).

a. Agen Farmakologis

Manajemen farmakologi atau dengan obat-obatan adalah bentuk pengendalian yang sering digunakan. Obat-obatan diantaranya yaitu analgesik, macam anagesik dibagi menjadi dua yaitu analgesik ringan yang diantaranya adalah aspirin atau salisilat, parasetamol dan NSAID, sedangkan analgesik kuat antara lain adalah morfin, petidin, metadon (Tamsuri, 2007).

Pengelolaan nyeri dengan obat-obatan analgesik sangat mudah diberikan, namun banyak yang tidak puas dengan pemberian jangka panjang untuk nyeri. Situasi ini mendorong berkembangnya metode nonfarmakologik untuk mengatasi nyeri. Sedangkan pengelolaan secara nonfarmakologik yaitu berupa teknik distraksi antara lain distraksi visual, distraksi pernafasan, distraksi intelektual dan imajinasi terbimbing. Sedangkan teknik relaksasi antara lain nafas dalam, meditasi, pijatan, musik dan aroma terapi dan teknik stimulasi kulit yang digunakan adalah kompres dingin atau kompres hangat (Tamsuri, 2007).

b. Agen Non-Farmakologis

Adapun pengelolaan intensitas nyeri pasien post operasi apendisitis

meliputi latihan nafas dalam, pemberian analgesik dan lingkungan yang nyaman (Tamsuri, 2007). Penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri terdiri dari beberapa teknik diantaranya adalah :

- 1) Distraksi, distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain sehingga klien lupa terhadap nyeri yang dialami klien, misalnya pada klien post apendektomi mungkin tidak merasakan nyeri saat perawat mengajaknya bercerita tentang hobbinya. Teknik Relaksasi, Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri post operasi.
- 2) Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Klien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (hirup) dan ekhalasi (hembus). Relaksasi yaitu pengaturan posisi yang tepat, pikiran, beristirahat dan lingkungan yang tenang. Relaksasi otot skeletal dapat menurunkan nyeri dengan merilaskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi mungkin perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal. Tindakan relaksasi dapat dipandang sebagai upaya pembebasan mental dan fisik dari tekanan dan stress. Dengan relaksasi, klien dapat mengubah persepsi terhadap nyeri (Tamsuri, 2007)
- 3) Distraksi audio/pendengaran Pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakan-tindakan melalui organ pendengaran. Misalnya, mendengarkan music yang disukai, suara burung, atau gemericik air. Klien dianjurkan untuk memilih music yang disukai dan music yang tenang, seperti musik klasik. Klien diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Klien

juga diperbolehkan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama lagu, seperti bergoyang, mengetukkan jari atau kaki

- 4) Tirah Baring Tirah baring merupakan suatu intervensi dimana klien dibatasi untuk tetap berada ditempat tidur untuk tujuan terapeutik. Tujuan tirah baring yaitu mengurangi aktivitas fisik dan kebutuhan oksigen untuk tubuh, mengurangi nyeri meliputi nyeri pasca operasi, memungkinkan klien sakit atau lemah untuk beristirahat dan mengembalikan kekuatan, memberi kesempatan pada klien yang letih untuk beristirahat tanpa terganggu (Potter & Perry, 2007).

D. Terapi Relaksasi Genggam Jari

1. Pengertian Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari merupakan tindakan sederhana untuk mengontrol dan mengembangkan tingkat emosional pada diri. Pada setiap jari-jari yang terhubung dengan berbagai organ terdapat saluran atau meridian energi. Kondisi relaksasi alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin atau hormon analgesik alami yang berada di tubuh sehingga menjadikan nyeri berkurang .

2. Tujuan Genggam Jari

Menurut Smaltzer & Berre, (2002) dalam Safik (2018), terapi relaksasi genggam jari sebagai pendamping terapi farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan efek analgesik sebagai terapi perada nyeri post operasi. Dilakukan saat nyeri tidak dirasakan pasien. Terapi relaksasi bukan sebagai pengganti obat-obatan tetapi diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung beberapa menit atau detik. Kombinasi teknik ini dengan obat-obatan yang dilakukan secara simultan merupakan cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri.

3. Manfaat Genggam Jari

Menurut (Maghfuroh et al., 2023) manfaat genggam jari sebagai berikut :

- a. Mengurangi nyeri, takut dan cemas
- b. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
- c. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
- d. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
- e. Melancarkan aliran dalam darah

4. Manfaat Jari Bagi Tubuh

a. Jari Jempol

Jempol bermanfaat untuk mengatasi kecemasan dan sakit kepala, sebagai jangkar untuk tangan, jempol membawa beban untuk sebuah keputusan. Hal ini sering dikaitkan dengan perasaan depresi dan kecemasan serta dihubungkan dengan gangguan limpa, lambung dan sakit kepala.

b. Jari Telunjuk

Telunjuk bermanfaat untuk mengurangi frustrasi, nyeri otot dan masalah ginjal.

c. Jari Tengah

Jari tengah dapat menurunkan tekanan darah, masalah pada sirkulasi darah, serta jari tengah juga bermanfaat untuk menurunkan kemarahan dan kelelahan.

d. Jari Manis

Jari manis bermanfaat untuk menurunkan pikiran negatif serta dapat membantu masalah pencernaan dan pernafasan.

e. Jari Kelingking

Kelingking bermanfaat untuk mengurangi gugup dan stress.

(Setiana & Nuraeni, 2018)

5. Mekanisme Genggam Jari

Jenis relaksasi ini sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energy di dalam tubuh kita. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk

rileks, kemudian akan muncul repons relaksasi (Potter & Perry, 2006 dalam Safik 2018).

(Liana, 2008 dalam Pinandita, 2012) mengemukakan bahwa menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat menguarngi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (energy channel) yang terletak pada jari tangan kita.

Puwahang (2011, dalam Pinandita, 2012) mengatakan bahwa titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara reflex (spontan)

pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Mekanisme relaksasi genggam jari dijelaskan melalui teori Gatecontrol yang menyatakan bahwa stimulus ketaneus mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta-A yang berdiameter lebih kecil. Proses ini terjadi dalam kormu dorsalis, medulla spinalis yang dianggap sebagai tempat memproses nyeri. Sel-sel inhibitori dalam kormu dorsalis, medulla spinalis mengandung enkafelin yang menghambat transmisi nyeri, gerbang sinaps menutup transmisi impuls sehingga bila tidak ada informasi nyeri yang disampaikan melalui saraf asenden menuju otak, maka tidak ada nyeri dirasakan. Relaksasi ini bisa dilakukan dua kali sehari, dan atau kali relaksasi ini berlangsung kurang lebih 10 menit (Pinandita, 2012).

6. Teknik Genggam Jari

Cara melakukan teknik genggam jari menurut Ma'rifah (2015):

- a. Genggam jari mulai dari ibu jari selama 1-2 menit. Anda bisa memulai dengan tangan yang manapun.

- b. Tarik nafas dalam-dalam (ketika menarik nafas, hiruplah bersama rasa harmonis, damai, nyaman, dan kesembuhan).
- c. Hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan semua perasaan-perasaan negative dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita).
- d. Rasakan getaran atau rasa sakit keluar dari setiap ujung jari-jari tangan.
- e. Sekarang pikirkan perasaan-perasaan yang nyaman dan damai, sehingga anda hanya fokus pada perasaan yang nyaman dan damai saja.
- f. Lakukan cara diatas beberapa kali pada jari tangan lainnya.

E. *Evidence Based Nursing (EBN)*

1. Pengantar EBN

Evidence Based Nursing (EBN) adalah penggunaan teori dan informasi yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian secara teliti, jelas, dan bijaksana dalam pembuatan keputusan tentang pemberian asuhan keperawatan pada individu atau sekelompok klien dan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan pilihan dari klien tersebut (Talo, 2015).

Pelaksanaan EBN dengan pendekatan sistematis untuk meningkatkan kualitas praktis keperawatan dengan mengumpulkan bukti terbaik dalam pengambilan keputusan praktik yang telah menjadi tuntutan di rumah sakit (Mituhu, A.P., Dwiantoro, L., & Kristina, 2021). Perawat saat ini adalah bagaimana menggunakan metode penelitian yang dapat menerangkan secara jelas mengenai sifat penting, makna, dan komponen keperawatan sehingga perawat dapat menggunakan pengetahuan ini dengan cara bermakna.

2. Metode Telusur Artikel

Metode Pencarian artikel yang digunakan dalam karya tulis ini adalah menggunakan Google Scholar. Dengan kriteria pada telusur jurnal ini yaitu jurnal yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian ini yaitu terapi relaksasi genggam jari, nyeri, post operasi

3. Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari

	POLTEKKES KEMENKES PADANG
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
	TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI
Pengertian	Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Teknik genggam jari disebut juga fingerhold.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami nyeri 2. Pasien yang dengan kecemasan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas 2. Dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi 3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
Persiapan Pasien	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
Persiapan Lingkungan	Mengatur lingkungan yang tenang
Prosedure Pelaksanaan	Waktu yang dibutuhkan untuk menjalankan dan

mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu ≥ 15 menit. Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 15 menit, dapat

diulang sebanyak 1 kali selama 3 hari berturut-turut.. Teknik relaksasi genggam jari dapat dilakukan setelah kegawatan pada pasien teratasi.

Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari:

1. Mencuci tangan
2. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
3. Perawat meminta pasien untuk merelaksasikan pikiran kemudian motivasi pasien perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan
4. Jelaskan rasional dan keuntungan dari Teknik relaksasi genggam jari
5. Genggam tiap jari mulai dari ibu jari selama 1-2 menit., bisa memulai dari tangan yang manapun.



6. Tarik nafas dalam-dalam (ketika menarik nafas, hiruplah bersama rasa harmonis, damai, nyaman, dan kesembuhan).
7. Hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan semua perasaan-perasaan negative dan masalah-masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi-emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita).
8. Rasakan getaran atau rasa sakit keluar dari

	<p>setiap ujung jari-jari tangan.</p> <p>9. Sekarang pikirkan perasaan-perasaan yang nyaman dan damai, sehingga anda hanya focus pada perasaan yang nyaman dan damai saja.</p> <p>10. Lakukan cara diatas beberapa kali pada jari tangan yang lainnya</p> <p>11. Dokumentasi respon pasien</p> <p>12. Mencuci tangan</p>
Sikap	<p>1. Menunjukkan sikap yang ramah dan sopan</p> <p>2. Menjamin privacy pasien</p> <p>3. Bekerja dengan teliti</p> <p>4. Memperlihatkan body mechanisme</p>
Evaluasi	<p>1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan,</p> <p>2. Tanyakan apakah ada perubahan yang lebih baik dari sebelumnya (cemas berkurang, nyeri mereda, perasaan pasien lebih nyaman dan tenang)</p> <p>3. Observasi ekspresi wajah apakah masih ada tergambar perasaan kurang nyaman</p>
Sumber	<p>Larasati, Indah & Hidayati, Eni. 2022. <i>Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi</i>. Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang. Ners Muda, Vol 3 No 1, April 2022</p>

Tabel 2. 1 SOP Genggam Jari

4. Analisis Artikel

Peneliti menemukan 4 artikel yang sesuai dengan kriteria. Peneliti menggunakan artikel dengan rentang waktu publikasi 5 tahun terakhir

(2018-2023). Sampel yang digunakan merupakan artikel yang berhubungan dengan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri . Peneliti menggunakan google scholar sebagai sumber pencarian artikel. Kemudian setelah artikel tersebut dianalisis peneliti menemukan beberapa tema bahasan utama yang peneliti jabarkan dalam bentuk bagan dibawah ini dengan metode PICO :

Metode Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	Relaksasi genggam jari pada pasien post operasi	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Op	Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Melalui Teknik Relaksasi Genggam Jari Di Rsud Sawerigading Palopo
Peneliti	Indah Larasati, Eni Hidayati	Mimi Rosiska	Sugiyanto
Tahun	2022	2021	2020
P (Problem/ Population)	Pasien dalam studi kasus ini adalah penderita nyeri post operasi laparatomy yang berada di RSUD Dr. Gondo Suwarno Semarang dan berjumlah dua orang yaitu pasien 1 Ny. E dengan usia 34 tahun dan pasien II Tn. I dengan usia 26 tahun.	Luka post operasi akan merangsang nyeri yang disebabkan jaringan luka yang mengeluarkan prostaglandin dan leukotriens yang merangsang susunan saraf pusat serta adanya plasma darah yang akan mengeluarkan bradikinin yang merangsang susunan saraf pusat, kemudian diteruskan ke spinal cord untuk mengeluarkan impuls nyeri, nyeri akan menimbulkan berbagai masalah fisik maupun psikologis (Solehati, 2015). Pasien pasca operasi sering mengalami nyeri akibat diskontinuitas jaringan atau luka operasi akibat insisi pembedahan serta akibat posisi yang dipertahankan selama prosedur pasca operasi sendiri Populasi pada penelitian ini adalah	Nyeri sebagai situasi tidak menyenangkan yang bersumber dari area tertentu, yang disebabkan oleh kerusakan jaringan dan yang berkaitan dengan pengalaman masa lalu dari orang yang bersangkutan. Nyeri bersifat subjektif dan tidak ada individu yang mengalami nyeri yang sama. International for Study of Pain (IASP) 2012, Nyeri setelah operasi disebabkan oleh rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia nyeri. Sampel yang digunakan dalam penelitian harus memenuhi kriteria inklusi. Pengambilan sampel menggunakan pendekatan consecutive sampling Sampel yang

		jumlah pasien post op di ruang bedah RSUD Mayjen H.A Thalib dari bulan Januari s.d Maret 2021 yaitu sebanyak 13 orang. Sampel diambil secara purposive sampling yaitu sebanyak 8 orang dengan memperhatikan kriteria inklusi sampel.	digunakan selama penelitian sebanyak 50 Responden.
I (Intervention)	Desain yang digunakan adalah studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan dengan sasaran individu dengan penerapan Relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri post operasi laparatomy selama 3 hari dalam waktu 15 menit dengan frekuensi pemberian terapi 1 kali/hari yang sebelumnya sudah dilakukan oleh (Sugiyanto, 2020) Metode pengumpulan data pada asuhan keperawatan diperoleh melalui wawancara, dan observasi. Metode analisa yang digunakan adalah metode analisa data deskriptif yaitu dengan menggambarkan hasil asuhan keperawatan dengan sasaran individu dengan penerapan relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri post operasi laparatomy.	Jenis penelitian ini dilakukan menggunakan penelitian Quasy Eksperimen dengan Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan One Grup Pretest and Post test Design. Penelitian ini memberikan intervensi kepada responden dan membandingkan sebelum dan sesudah dilakukan tindakan pemberian teknik relaksasi genggam jari.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode quasi eksperiment dengan bentuk pre test–post test with control group, dimana peneliti akan mengungkapkan pengaruh antara variabel dengan cara melibatkan dua kelompok subjek. Kelompok subjek akan di observasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian di observasi kembali setelah dilakukan intervensi dan terhadap kelompok kontrol yang tidak diberi intervensi (Nursalam, 2016).
C (Comparation)	Hasil Penelitian yang dilakukan oleh (Muzaki, 2021) menunjukkan Tehnik relaksasi genggam jari yang dilakukan dengan cara genggam jari	Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Indrawati & Arham (2020) didapatkan hasil bahwa terjadi perubahan skala nyeri setelah	Hasil penelitian ini sejalan penelitian yang dilakukan oleh Pinandita, purwanti dan Utomo

	<p>selama kurang lebih 3-5 menit dengan bernafas secara teratur dan kemudian satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentan waktu yang sama dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien post appendiktomy. Hal ini didukung oleh hasil Penelitian yang dilakukan oleh (Norma et al., 2020) bahwa tehnik relaksasi genggam jari juga mampu menurunkan nyeri pada pasien post operasi appendicitis yang dilakukan di Rumah Sakit Sele Be Solu Kota Sorong. Menurut (Chanif, dkk 2013 dalam jurnal Sulung and Rani, 2017) salah satu jenis relaksasi yang digunakan dalam menurunkan intensitas nyeri setelah operasi adalah dengan relaksasi genggam jari yang mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan dan aliran energi di dalam tubuh kita. Teknik genggam jari disebut juga finger hold</p> <p>Hasil Penelitian lain yang mendukung dilakukan oleh (Evrianasari & Yosaria, 2019) menunjukkan rata-rata nyeri sebelum intervensi sebesar 6.30, rata-rata nyeri setelah intervensi sebesar 4.25. Ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri Post</p>	<p>diberikan intervensi. Rata-rata perubahan skala nyeri pada kelompok intervensi tersebut terlihat signifikan.</p> <p>Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Rasyid (2019) dengan judul pengaruh pemberian tehnik relaksasi genggam jari terhadap penrunan skala nyeri pada klien post operasi apendisitis dengan hasil penelitian ada pengaruh pemberian tehnik relaksasi genggam jari terhadap penrunan skala nyeri pada klien post operasi apendisitis dengan nilai p-value 0.000 (<0,050).</p>	<p>di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gombong pada Tahun 2017 menyimpulkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi. Sejalan juga dengan penelitian Sofiyah, Ma'rifah, dan Susanti (2014), menyimpulkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi ge nggam jari terhadap perubahan skala nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di RSUD Prof. Dr. Margono Soekardjo Purwokerto dengan nilai p value sebesar 0,000 ($p < \alpha$).</p>
--	--	--	---

	Sectio Caesarea di RSUD A. Yani Kota Metro. Hasil Penelitian lain yang juga dilakukan oleh (Indrawati & Arham, 2020) terdapat pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap persepsi nyeri pada pasien post operasi fraktur di RSUD. Jombang.		
O (Outcome)	Pemberian relaksasi genggam jari selama 3 hari dalam waktu 15 menit dengan frekuensi pemberian terapi 1 kali/hari pada pasien post operasi laparatomy dapat mengurangi nyeri. Skala nyeri post operasi sebelum diberikan terapi relaksasi genggam jari sebagian besar kategori sedang, setelah diberikan menjadi kategori ringan. Sehingga intervensi ini terbukti memiliki pengaruh dalam menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi	Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Op di Ruang Bedah RSUD Mayjen H.A Thalib Kerinci Tahun 2021, maka dapat ditarik kesimpulannya sebagai berikut: Setengah responden mengalami nyeri ringan dan sedang sebelum diberikan teknik relaksasi genggam jari; Lebih dari setengah responden mengalami nyeri ringan setelah diberikan teknik relaksasi genggam jari; Ada Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Op di Ruang Bedah RSUD Mayjen H.A Thalib Kerinci Tahun 2021, dengan p-value 0,011 ($\leq 0,05$).	

Tabel 2. 2 Analisis Jurnal Metode PICO

F. Asuhan Keperawatan Teoritis

Proses keperawatan adalah metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik dari individu terhadap masalah keperawatan yang aktual dan potensial. Dalam proses keperawatan terdapat empat tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Taqiyyah dan Januar, 2013).

Proses keperawatan adalah tindakan yang berurutan yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah klien dengan membuat perencanaan untuk mengatasinya, melaksanakan rencana itu atau menugaskan orang lain untuk melaksanakannya dan mengevaluasi keberhasilan secara efektif terhadap masalah yang diatasinya tersebut (Setiadi, 2012).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu sistematis dan pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi 2012).

Pokok utama pengkajian, meliputi :

a. Pengumpulan Data

1) Biodata

a) Identitas Klien

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan pekerjaan, status pernikahan, tanggal masuk rumah Sakit, tanggal pengkajian, No. Medrec, diagnosa medis dan alamat.

b) Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien dan alamat.

2) Riwayat Kesehatan

a) Kesehatan utama

Keluhan yang sering menyebabkan klien dengan Adeno Ca Recti adalah nyeri pada perut yang hilang timbul.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan sumber data yang subjektif tentang status kesehatan pasien yang memberikan gambaran tentang masalah kesehatan aktual maupun potensial. Riwayat merupakan kondisi klien.

Penuntun pengkajian fisik yang berkaitan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya dan psikososial untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah-masalah atau keluhan secara lengkap, maka perawat dianjurkan menggunakan analisa simptom PQRST.

P: Palliative merupakan faktor yang mencetus terjadinya penyakit hal yang meringankan atau memperberat gejala, biasanya pada klien post op laparotomy akan mengeluh nyeri.

Q: Qualitative yaitu bagaimana keluhan nyeri dirasakan, sejauh mana klien merasakan sekarang dan seberapa sering gejala yang dirasakan oleh klien.

R: Region sejauh mana lokasi penyebaran nyeri yang dikeluhkan.

S: Severity/Skala. Seberapa beratkah nyeri yang dirasakan klien, mengganggu aktivitas atau tidak.

T: Time (waktu). Kapan nyeri mulai timbul, seberapa sering nyeri dirasakan, apakah tiba-tiba atau bertahap.

Pada pengkajian ini yang perlu dikaji adanya keluhan pada area abdomen terjadi pembesaran

c) Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji penyakit yang ada hubungannya dengan penyakit yang sekarang. Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah ada riwayat penyakit dahulu yang diderita pasien dengan timbulnya kanker rektum, apakah sebelumnya klien pernah mengalami pembedahan, obat-obatan yang biasa dikonsumsi apakah ada riwayat alergi obat tertentu.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan. Apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi dirumah.

3) Pola Aktivitas sehari-hari.

a) Pola Nutrisi

Diisi dengan menggambarkan konsumsi relatif terhadap kebutuhan metabolik dan suplai gizi: meliputi pola konsumsi makanan dan cairan, tuliskan sebelum masuk rumah sakit dan selama masuk rumah sakit (Setiadi, 2012).

(1) Pola makan

Frekuensi, diisi berapa kali klien makan dalam sehari. Jenis, diisi dengan jenis makan klien. Porsi, diisi seberapa banyak klien dapat menghabiskan porsi makannya. Keluhan, apakah klien sulit menelan atau tidak, cek apakah nafsu makan klien normal atau tidak

(2) Pola minum

Frekuensi diisi dengan berapa gelas klien minum dalam waktu 24 jam. Jenis, diisi dengan jenis minum apa yang klien minum. Jumlah, diisi dengan satuan mililiter/24 jam, dengan asumsi satu gelas kurang lebih 220-250 ml. Pantangan, apakah klien berpantang terhadap minuman tertentu

b) Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi (usus besar, kandung kemih, dan kulit)

(1) Buang Air Besar

Frekuensi, diisi berapa kali buang air besar dalam waktu 24 jam. Konsistensi, diisi konsistensi feses, apakah lembek, padat atau encer dengan atau tanpa ampas. Warna, diisi

warna feses, apakah kuning coklat, kehitaman, atau bercampur darah. Masalah dirumah sakit, diisi permasalahan yang dialami klien, apakah konstipasi, inkontinesia atau diare.

(2) Buang Air Kecil

Frekuensi, diisi berapa kali klien buang air kecil dalam waktu 24 jam. Jumlah, diisi jumlah urin dalam satuan cc. Warna, diisi warna rin klien, apakah kuning, jernih, kuning pekat, seperti teh dan lain lain.

Masalah dirumah sakit, diisi permasalahan yang dialami klien, apakah nyeri saat berkemih (disuria), sering kencing malam hari (nokturia). Alat bantu, diisi apakah klien menggunakan alat bantu kateter atau pempers dalam berkemih atau tidak.

c) Istirahat tidur

Diisi dengan menggambarkan pola tidur, istirahat, dan relaksasi dan setiap bantuan untuk merubah pola tersebut sebelum dan selama klien masuk rumah sakit.

d) Personal Hygiene

Kemampuan perawatan dan kebersihan diri, diisi sebelum dan selama masuk rumah sakit.

e) Aktivitas dan latihan

Diisi dengan menggambarkan pola olahraga, aktivitas, pengisian waktu senggang dan faktor yang mempengaruhi pola aktivitas dirumah dan selama dirumah sakit

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, kesadaran, tandatanda vital, berat badan, dan nilai GCS (Glasgow Coma Scale). (Setiadi, 2012). Pada pemeriksaan fisik ditemukan hal-hal sebagai berikut :

a) Keadaan Umum dan Tanda-tanda Vital

Keadaan umum klien post laparotomy mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan ampai berat tergantung pada periode akut rasa nyeri. Tanda vital pada umumnya stabil.

b) Pemeriksaan Head to Toe

- Kepala dan leher: Dengan teknik inspeksi dan palpasi:
Rambut dan kulit kepala: Pendarahan, pengelupasan, perlukaan, penekanan
- Telinga: apakah terdapat luka, cairan, atau bengkak
- Mata: apakah terdapat, pembengkakan, replek pupil, kondisi kelopak mata, adanya benda asing, skelera
- Hidung: apakah terdapat, darah, cairan, nafas cuping, kelainan anatomi akibat trauma
- Mulut: apakah terdapat Benda asing, gigi, sianosis
- Bibir: apakah terdapat bengkak/luka, mukosa bibir
- Leher: apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid
- Pemeriksaan dada
Inspeksi: Bentuk simetris kanan kiri, inspirasi dan ekspirasi pernapasan, irama, gerakan cuping hidung, terdengar suara napas tambahan dan bentuk dada
Palpasi: Pergerakan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan kiri dinding dada.
Perkusi: Adanya suara-suara sonor pada kedua paru, suara redup pada batas paru dan hipar.
Auskultasi: Terdengar adanya suara visikoler di kedua lapisan paru, suara ronchi dan wheezing
- Kardiovaskuler
Inspeksi: Bentuk dada simetris
Palpasi: Frekuensi nadi,
Parkusi: Suara pekak
Auskultasi: Irama regular, systole/ murmur

- Sistem pencernaan/abdomen

Inspeksi: Pada inspeksi perlu diperlihatkan, apakah abdomen

membuncit atau datar, tapi perut menonjol atau tidak, lembilikus menonjol atau tidak, apakah ada benjolanbenjolan / massa.

Palpasi: Adakah nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor, teses) turgor kulit perut untuk mengetahui derajat bldrasi pasien, apakah tupar teraba, apakah lien teraba

Perkusi: Abdomen normal tympanik, adanya massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinaria, tumor)

Auskultasi: Secara peristaltic usus dimana nilai normalnya 5- 35 kali permenit.

- Pemeriksaan extremitas atas dan bawah meliputi:

Warna dan suhu kulit, perabaan nadi distal, depornitas extremitas alus, gerakan extremitas secara aktif dan pasif, gerakan extremitas yang tak wajar adanya krapitasi, derajat nyeri bagian yang cidera, edema tidak ada, jari-jari lengkap dan utuh, reflek patella

- Pemeriksaan pelvis/genitalia

Kebersihan, pertumbuhan rambut pubis, terpasang kateter, terdapat lesi atau tidak

5) Data Psikososial

a) Status Emosi

Pengendalian emosi mood yang dominan, mood yang dirasakan saat ini, pengaruh atas pembicaraan orang lain, dan kesetabilan emosi (Setiadi, 2012).

b) Konsep Diri

Dikaji pola konsep diri yang meliputi gambaran diri, ideal diri, identitas diri dan peran. Konsep diri menggambarkan bagaimana seseorang memandang dirinya sendiri, kemampuan dan perasaan klien.

c) Gaya Komunikasi

Cara klien bicara, cara memberi informasi, penolakan untuk berespon, komunikasi non verbal, kecocokan bahasa verbal dan nonverbal.

d) Pola Interaksi

Kepada siapa klien menceritakan tentang dirinya, hal yang menyebabkan klien merespon pembicaraan, kecocokan ucapan dan perilaku, anggapan terhadap orang lain, hubungan dengan lawan jenis

e) Pola Koping

Pola koping umum dan keefektifan keterampilan dalam mentoleransi stress dan apa yang dilakukan klien dalam mengatasi masalah, kepada siapa klien mengadukan masalah.

6) Data Spiritual

Data yang harus dikaji meliputi arti kehidupan yang penting dalam kehidupan klien, keyakinan tentang penyakit dan kesembuhan, hubungan kepercayaan dengan Tuhan, pelaksanaan ibadah, keyakinan bantuan Tuhan dalam proses kesembuhan yang diyakini tentang kehidupan dan kematian (Setiadi, 2012).

7) Data Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium Klinis

Pemeriksaan laboratorium terhadap karsinoma kolorektal bisa untuk menegakkan diagnosa maupun monitoring perkembangan atau kekambuhannya. Pemeriksaan terhadap kanker ini antara lain pemeriksaan darah, Hb, elektrolit, dan pemeriksaan tinja yang merupakan pemeriksaan rutin. Anemia

dan hipokalemia kemungkinan ditemukan oleh karena adanya perdarahan kecil. Perdarahan tersembunyi dapat dilihat dari pemeriksaan tinja.

Selain pemeriksaan rutin di atas, dalam menegakkan diagnosa karsinoma kolorektal dilakukan juga skrining CEA (Carcinoma Embrionic Antigen). Carcinoma Embrionic Antigen merupakan pertanda serum terhadap adanya karsinoma kolon dan rektum. Carcinoma Embrionic Antigen adalah sebuah glikoprotein yang terdapat pada permukaan sel yang masuk ke dalam peredaran darah, dan digunakan sebagai marker serologi untuk memonitor status kanker kolorektal (Sayuti & Nouva, 2019).

b) Pemeriksaan Patologi Anatomi

Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi pada kanker kolorektal adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus. Hasil pemeriksaan ini adalah hasil histopatologi yang merupakan diagnosa definitif. Dari pemeriksaan histopatologi inilah dapat diperoleh karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma rektal ini.

c) Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen atau menggunakan kontras. Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras barium. Computerised Tomography scan (CT-Scan), Magnetic Resonance Imaging (MRI), Endoscopic Ultrasound (EUS) merupakan bagian dari teknik pencitraan yang digunakan untuk evaluasi, staging dan tindak lanjut pasien dengan kanker kolon, tetapi teknik ini bukan merupakan skrining tes (Sayuti & Nouva, 2019).

d) Kolonskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi dilakukan saluran pencernaan dengan menggunakan alat kolonoskop, yaitu selang lentur berdiameter kurang lebih 1,5 cm dan dilengkapi dengan kamera. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran kurang dari 1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94%, lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67%).

b. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Setiadi, 2012).

2. **Diagnosis Keperawatan**

Menurut PPNI (2018) diagnose keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat dari respon pasien.

a. Nyeri Akut

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebabnya yaitu agen pencendera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencendera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan), agen, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh nyeri. Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tampak meringis, bersikap

protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu (tidak tersedia).

Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis yang dapat terkait yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma

b. Defisit Nutrisi

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) deficit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebabnya yaitu ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsikan nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (misalnya finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (misalnya stress, keengganan untuk makan).

Gejala tanda mayor subjektif tidak tersedia sedangkan objektif yaitu berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

Gejala dan tanda minor subjektif yaitu cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, dan nafsu makan menurun. Sedangkan objektifnya yaitu bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, dan diare.

c. Konstipasi (D.0049)

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

Penyebab Fisiologis konstipasi adalah penurunan mobilitas gastrointestinal, ketidakadekuatan pertumbuhan gigi, ketidakcukupan

diet, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, aganglionik (mis. penyakit hirsprung), kelemahan otot abdomen. Penyebab Psikologis adalah konfusi, depresi, gangguan emosional. Penyebab Situasional adalah perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan), ketidakadekuatan toileting, aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, penyalahgunaan laksatif, efek agen farmakologis, ketidakteraturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, perubahan lingkungan.

Gejala dan tanda mayor subjektif adalah defekasi kurang dari 2 kali seminggu dan pengeluaran feses lama dan sulit. Gejala dan tanda mayor objektif adalah feses keras dan peristaltik usus menurun. Gejala dan tanda minor subjektif mengejan saat defekasi. Gejala dan tanda mayor objektif distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal

d. Resiko Infeksi

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Adapun faktor resiko yaitu penyakit kronis (misal diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat.

Kondisi klinis yang terkait adalah aids, luka bakar, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes melitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker gagal ginjal, imunosupresi, lymphedema, leukositopenia, gangguan fungsi hati.

3. Rencana Keperawatan

NO	Dx (SDKI)	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun, 2. Meringis menurun, 3. Sikap protektif menurun, 4. Gelisah menurun, 5. Kesulitan tidur menurun, 6. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, 7. Anoreksia menurun, 8. Muntah menurun, 9. Mual menurun, 10. Frekuensi nadi membaik, 11. Pola napas membaik, 12. Tekanan darah membaik, 13. Nafsu makan membaik 14. Pola tidur membaik 	Manajemen Nyeri (I.08238). Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2. Identifikasi skala nyeri, 3. Identifikasi respons nyeri non verbal, 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgesik. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, 3. Fasilitasi istirahat dan tidur, 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri, 3. Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
2	Defisit nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot menguyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 	Manajemen Nutrisi Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 8. Perasaan cepat kenyang menurun 9. Nyeri abdomen menurun 10. Rambut rontok menurun 11. Diare menurun 12. Berat badan membaik 13. Indeks massa tubuh membaik 14. Frekuensi makan membaik 15. Nafsu makanan membaik 16. Bising usus membaik 17. Tebal lipatan kulit trisep membaik 18. Membrane mukosa membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet 3. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan jika perlu 7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajukan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makana 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kaloru dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu
	Konstipasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat, 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun, 3. Mengejan saat defekasi menurun, 4. Distensi abdomen menurun, 5. Terasa massa pada rektal 	<p>Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar 2. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal 3. Monitor buang air besar (misalnya warna, frekuensi, konsistensi, volume) 4. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi

		<p>menurun, 6. Urgency menurun, 7. Nyeri abdomen menurun, 8. Kram abdomen menurun, 9. Konsistensi feses membaik, 10. Frekuensi defekasi membaik, 11. Peristaltic usus membaik.</p>	<p>Terapeutik 1. Berikan air hangat setelah makan 2. Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien 3. Sediakan makanan tinggi serat</p> <p>Edukasi 1. Jelaskan jenis makanan yang mmebantu meningkatkan keteraruran peristaltic usus 2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3. Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik sesuai toleransi 4. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat supositoria, jika perlu</p> <p>Manajemen Konstipasi 1.04155 Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses, 3. Identifikasi faktor resiko konstipasi 4. Monitor tanda dan gejala rupture usus dan atau peritonitis</p> <p>Teraupetik 1. Anjurkan diet tinggi serat, 2. Lakukan masase abdomen, jika perlu, 3. Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu 4. Berikan enema atau inigasi, jika perlu.</p> <p>Edukasi 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan, 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi,</p>
--	--	--	--

			3. Latih buang air besar secara teratur 4. Ajarkan cara mengatasi konstipasi impaksi Kolaborasi 1. Kolaborasi penggunaan obat pencahar
--	--	--	--

Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam (Potter & Perry, 2011).

Komponen tahap implementasi:

- a. Tindakan keperawatan mandiri
- b. Tindakan keperawatan kolaboratif
- c. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

5. Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Ali, 2009). Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (Mubarak,dkk.,2011). Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana: (Suprajitno dalam Wardani, 2013):

S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Tugas dari evaluator adalah melakukan evaluasi, menginterpretasi data sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi untuk membuat keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan (Nurhayati, 2011).

Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu:

a. Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

b. Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

c. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi, jika pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru.

BAB III

METODE KARYA TULIS AKHIR

A. Jenis dan Desain Penelitian

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (case report). Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Case report (laporan kasus) merupakan studi kasus yang bertujuan mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan klinis, dan prognosis kasus. Case report mendeskripsikan cara klinis mendiagnosis dan memberi terapi kepada kasus, dan hasil klinis yang diperoleh (Hasnawati et al., 2022). Pada karya tulis akhir ini penulis ingin mengetahui bagaimana penerapan terapi relaksasi genggam jari pada pasien post laparatomi atas indikasi adeno ca recti di Ruang Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.

B. Waktu dan Tempat

Pengambilan kasus untuk karya tulis akhir ini dilakukan di ruangan Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu pengambilan kasus dilakukan dari 18 Mei – 25 Mei 2023.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek/subjek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Siyoto & Sodik, 2015). Populasi dalam karya tulis akhir ini adalah seluruh pasien dengan post laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti yang di rawat di ruangan bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang yang berjumlah sebanyak 2 orang. Populasi yang diambil mempunyai kriteria yang sama.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, ataupun bagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Siyoto & Sodik, 2015). Sampel dalam karya tulis akhir ini adalah 2 orang pasien dengan diagnosis Adeno Ca Recti di ruangan bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.

a. Kriteria Pengambilan Sampel

Peneliti telah menentukan kriteria untuk sampel yang akan diteliti, meliputi:

1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target dan terjangkau yang akan diteliti (Kartika, 2017).

Kriteria yang akan dijadikan sampel dalam penelitian adalah:

- a) Pasien dengan diagnosis post laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti.
- b) Pasien bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent saat pengambilan data dan dalam memberikan asuhan keperawatan.

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai hal sehingga dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Pasien Adeno Ca Recti yang sedang menjalani kemoterapi.
- b) Pasien yang mempunyai masalah dengan kedua ekstremitas atas.
- c) Klien yang memiliki masalah pendengaran

D. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Nursalam 2016). Data primer yang dikumpulkan meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen yang diperoleh dari suatu lembaga atau orang lain (Nursalam 2016). Data sekunder yang dikumpulkan diperoleh dari rekam medis dan catatan perkembangan pasien meliputi hasil pemeriksaan penunjang dan obatobatan.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam sebuah penelitian (Nursalam 2016). Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut. Observasi terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang akan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang (Nursalam 2016). Wawancara dan observasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tandatanda vital.

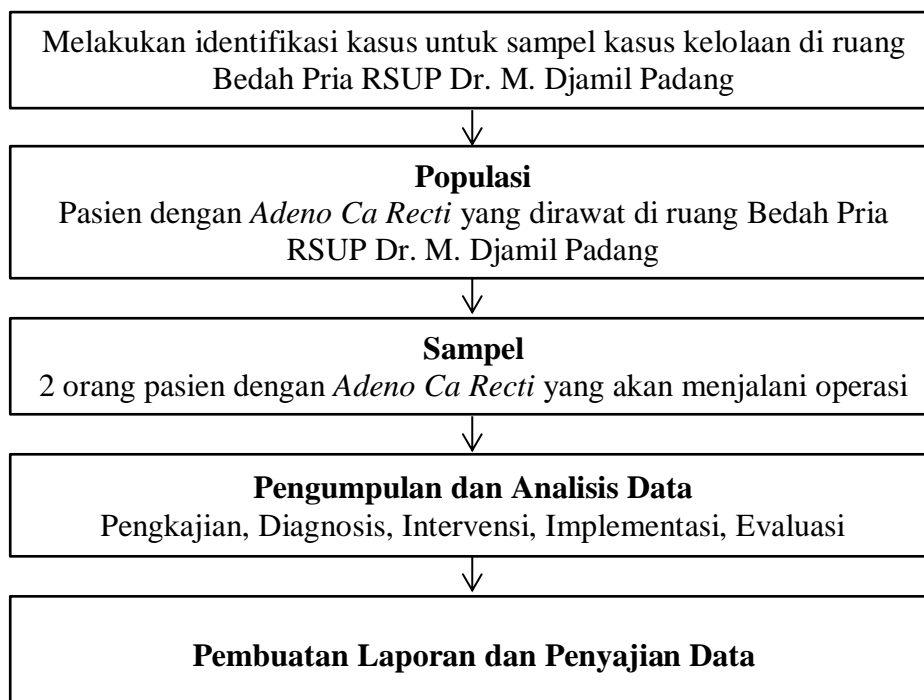
Langkah-langkah dalam pengumpulan data pada karya tulis akhir ners ini adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan identifikasi kasus di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Melakukan pendekatan secara informal kepada pasien yang dipilih sebagai responden kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan, terapi relaksasi genggam jari, serta memberikan lembar persetujuan (*inform consent*). Jika pasien bersedia untuk diberikan terapi, maka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika pasien menolak untuk diberikan terapi, maka peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.
- c. Pasien yang bersedia untuk diberikan terapi relaksasi genggam jari akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara dan observasi, biodata, keluhan utama, pemeriksaan fisik, dan pengkajian skala nyeri untuk mengidentifikasi nyeri pasien.

E. Instrumen

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ners ini berupa format pengkajian pada asuhan keperawatan lansia untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik dan hasil pemberian terapi inovasi Terapi Relaksasi Genggam Jari.

F. Prosedure Karya Tulis Akhir



Gambar 3. 1 Prosedure KTA

G. Analisis Data

Pengolahan dan analisis data pada karya tulis akhir ners ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Analisis data dimulai saat peneliti mengumpulkan data di tempat penelitian sampai semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan mengemukakan fakta dan membandingkan dengan teori yang ada kemudian dituangkan dalam bentuk opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah teknik analisis naratif dengan cara menguraikan jawaban-jawaban dan hasil pengamatan yang diperoleh dari hasil studi dokumentasi secara mendalam sebagai jawaban dari rumusan masalah (Nursalam 2016). Berikut ini merupakan urutan dalam analisis pada karya ilmiah akhir ners ini meliputi :

1. Reduksi data

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan

menjadi data-data sesuai dengan yang diperlukan untuk menjawab tujuan penelitian.

2. Penyajian data

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang sudah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Data disajikan secara terstruktur atau narasi dan dapat disertakan dengan ungkapan verbal dari subjek penelitian sebagai data pendukung.

3. Kesimpulan

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori secara teoritis dengan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi yang diurutkan sesuai proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi inovasi.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Penelitian yang dilakukan pada tanggal 18 Mei – 25 Mei 2023 di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Kedua pasien Tn B dan Tn.R dirawat di bangsal bedah pria. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pre Operasi

Pengkajian keperawatan sebelum dilakukan operasi pada kedua partisipan pada tanggal 18 Mei 2023. Hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dituangkan pada tabel sebagai berikut:

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Identitas Pasien	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang laki-laki Tn B (Petani) masuk ruangan bedah Pria Pada tanggal 15 Mei 2023 dengan umur 68 tahun, nomor RM 01.16.56.33, sudah menikah, beragama islam, beralamat Sungai Nyalo Pesisir Selatan, pendidikan terakhir SMA, dengan diagnosis medis Adeno Ca Recti	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang laki-laki Tn. R (Petani) masuk ruangan bedah Pria Pada tanggal 16 Mei 2023 dengan umur 55 tahun, nomor RM 01.16.68.86, sudah menikah, beragama islam, Dusun Alai Amping Parak Kab. Pesisir Selatan, pendidikan terakhir SMA, dengan diagnosis medis Adeno Ca Recti
Riwayat Kesehatan	Wawancara dan Studi dokumentasi : a. Keluhan Utama : Tn.B masuk rumah sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada Tanggal 15 Mei 2023 dengan keluhan Pasien mengalami nyeri perut dan sejak 1 hari sebelum masuk rumah	Wawancara dan Studi dokumentasi : a. Keluhan Utama Tn.R masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD diruju dari RS Jambi pada Tanggal 16 Mei 2023 dengan Pasien mengeluh nyeri dibagian anus sejak 1 minggu yang lalu

	<p>sakit dan juga mengeluh setiap BAB keluar darah.</p> <p>b. Riwayat Kesehatan Sekarang Saat dilakukan pengkajin pada tanggal 18 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut, nyeri dirasakan hilang timbul, lamanya nyeri dirasakan 1 menit, nyeri seperti tertusuk, pasien mengeluh perut kembung, pasien mengeluh tidak nafsu makan, mengeluh tidak BAB sejak seminggu sebelum masuk rumah sakit dan mengeluh tidak ada buang angin. Pasien mengeluh cemas terhadap operasi yang akan dilakukan, mengeluh cemas karena jadwal operasi belum keluar, mengeluh khawatir akan kegagalan operasi,</p> <p>c. Riwayat Kesehatan Dahulu Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi, DM, paru dan jantung. Klien mengatakan sebelumnya pernah masuk IGD RSUP Dr. M. Djamil tanggal 30 April 2023 dengan keluhan nyeri perut hilang timbul namun sering. Klien diketahui kontrol dari Poli bedah digestif RSUP Dr. M. Djamil dengan diagnosa Adeno Ca Recti. Pada tanggal 30 April juga pasien dilakukan pemeriksaan Kolonoskopi dengan hasil Scope masuk 5-6 cm, tampak massa tumbuh pada mukosa rektum memenuhi >75% lumen sehingga lumen menjadi sangat sempit, massa tampak rapuh mudah berdarah, telah dilakukan biopsi 3x pada lesi tumor. Kesimpulan dari hasil pemeriksaan kolonoskopi yaitu tumor rektum. Klien mengatakan sakit yang dirasakan saat ini akibat banyak suka makan makanan pedas,</p>	<p>sebelum masuk rumah sakit</p> <p>b. Riwayat Kesehatan Sekarang Saat dilakukan pengkajin pada tanggal 18 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut, nyeri dirasakan hilang timbul, lamanya nyeri dirasakan 1 menit, nyeri dirasakan seperti melilit, pasien mengeluh perut kembung, selain nyeri pada perut klien juga mengeluh nyeri pada bagian tumit, terlihat bengkak pasien mengeluh tidak nafsu makan, mengeluh BAB kecil-kecil seperti kotoran kambing sejak seminggu sebelum masuk rumah sakit dan mengeluh tidak bisa BAB serta tidak ada buang angin. Pasien mengeluh cemas terhadap operasi yang akan dilakukan, mengeluh cemas karena jadwal operasi belum keluar, mengeluh khawatir akan kegagalan operasi.</p> <p>c. Riwayat Kesehatan Dahulu Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit asam urat, klien mengatakan mengetahui mempunyai riwayat DM tipe II satu tahun terakhir tidak mempunyai riwayat hipertensi dan jantung. Klien mengatakan sakit yang dirasakan saat ini akibat banyak makan makanan pedas dan minum-minuman berkaleng saat lebaran.</p> <p>d. Riwayat Kesehatan Keluarga Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang sama seperti pasien. Keluarga juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM dan stroke</p>
--	---	---

	<p>minum yang berkaleng-kaleng serta susah makan.</p> <p>d. Riwayat Kesehatan Keluarga Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang sama seperti pasein. Keluarga juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM dan stroke</p>	
<p>Pengkajian Fungsi Gordon</p>	<p>Wawancara dan Studi Dokumentasi</p> <p>a. Pola Persepsi Dan Penanganan Kesehatan Keluarga pasein mengatakan jika pasien sakit, pasien lebih memilih untuk minum-minum obat herbal kemudian jika sakitnya bertambah parah maka pasien baru di bawa pergi ke pelayanan kesehatan terdekat.</p> <p>b. Pola Nutrisi/ Metabolisme Sebelum dirawat dirumah sakit, pasien makan 3 kali sehari, pasien suka makan makanan gorengan, pasien tidak suka makan sayur, suka makan makanan cepat saji serta makanan pedas, selama di rawat dirumah sakit, tidak menghabiskan makanan dan hanya separuh yang dimakan. Pasien tidak memiliki alergi makanan, Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit berat badan pasien 70 kg saat sakit 53 kg dengan tinggi 170cm adapun gambaran diet pasien dalam sehari</p> <p>c. Pola eliminasi Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit BAB 1 kali pada pagi hari, warna kuning cokelat, khas feses, konsistensi padat, pada saat sakit klien mengeluh tidak ada BAB selama di Rawat</p>	<p>Wawancara Dan Studi Dokumentasi :</p> <p>a. Pola Persepsi Dan Penanganan Kesehatan Keluarga pasein mengatakan jika pasien sakit, pasien lebih memilih membeli obat diapotek jika demam dan flu, sertas uka minum-minum herbal kemudian jika sakitnya bertambah parah maka pasien baru di bawa pergi ke pelayanan kesehatan terdekat.</p> <p>b. Pola Nutrisi/Metabolisme Sebelum dirawat dirumah sakit, pasien makan 3 kali sehari, pasien suka makan makanan gorengan, makanan yang bersantan, pasien suka makan cemilan, pasien suka makan sayur seperti kangkung, bayam, suka makan makanan cepat saji serta makanan pedas. Selama di rawat dirumah sakit, klien mendapat makanan cair. Pasien tidak memiliki alergi makanan, Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit berat badan pasien 60 kg saat sakit 45 kg dengan tinggi 160cm adapun gambaran diet pasien dalam sehari.</p> <p>c. Pola eliminasi Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit BAB 1 kali pada pagi hari, warna kuning cokelat, khas feses, konsistensi padat,</p>

	<p>di RS Klien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK biasanya 5-6 kali/hari dan tidak ada masalah pada BAK. Dirumah sakit pasien tidak menggunakan kateter</p> <p>d. Pola Aktivitas/Olahraga Keluarga mengatakan sebelum sakit asien mampu beraktivitas seperti biasa yaitu berdagang tanpa mengalami kesulitan dan keluhan selama beraktivitas. Pasien juga mengatakan saat sehat jarang berolahraga Selama sakit aktivitas klien seperti mandi, BAK dan BAB dibantu oleh keluarga. Penggunaan alat bantu tidak ada.</p> <p>e. Pola Istirahat tidur Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidur pukul 23.00 wib dan bangun pada jam 05.00. pasien jarang tidur siang. Pasien jarang terbangun kecuali saat mau BAK, keluarga mengatakan pasien jarang tidur siang karena berkerja sebagai petani. Pada saat sakit, pasien dapat tertidur siang, pasien mengeluh susah tidur Karena nyeri dibagian perut. Pada malam hari pasien tertidur pukul 22.00 wib. Pasien mengeluh sering terbangun saat malam hari karna mendadak ingin BAB.</p> <p>f. Pola Kognitif- Persepsi Saat dilakukan pengkajian kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS 15. Pasien dapat merespons dengan baik. selama sakit, kemampuan mengambil keputusan terbatas. Pengambil keputusan dibantu oleh keluarga. Bahasa yang digunakan pasien yaitu bahasa Indonesia dan bahasa daerah (Minang). Kemampuan membaca dan pendengaran pasien baik.</p>	<p>pada saat sakit klien mengeluh bab sedikit sedikit seperti kotoran kambing sebelum masuk RS, selama di RS tidak ada BAB Klien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK biasanya 5-6 kali/hari dan tidak ada masalah pada BAK. Dirumah sakit pasien tidak menggunakan kateter hanya menggunakan pampers untuk BAK.</p> <p>d. Pola Aktivitas/Olahraga Keluarga mengatakan sebelum sakit asien mampu beraktivitas seperti biasa yaitu berdagang tanpa mengalami kesulitan dan keluhan selama beraktivitas. Pasien juga mengatakan saat sehat jarang berolahraga Selama sakit aktivitas klien seperti mandi, BAK dan BAB dibantu oleh keluarga. Penggunaan alat bantu tidak ada.</p> <p>e. Pola Istirahat tidur Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidur pukul 22.00 wib dan bangun pada jam 05.00. pasien jarang tidur siang. Pasien jarang terbangun kecuali saat mau BAK, keluarga mengatakan pasien jarang tidur siang karena berkerja sebagai petani. Pada saat sakit, pasien dapat tertidur siang, pasien mengeluh susah tidur Karena nyeri dibagian perut dan tumit yang bengkak. Pada malam hari pasien tertidur pukul 22.00 wib. Pasien mengeluh sering terbangun saat malam hari</p> <p>f. Pola Kognitif- Persepsi Saat dilakukan pengkajian kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS 15. Pasien dapat merespons dengan baik. selama sakit, kemampuan mengambil keputusan terbatas. Pengambil keputusan dibantu</p>
--	--	--

	<p>g. Pola Persepsi Diri/Konsep Diri Keluarga pasien selalu menjaga dan merawat selama di rumah sakit. Pasien mengalami kecemasan karena mau dilakukan operasi. Pasien memiliki istri dan anaknya yang selalu membantu dan mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan</p> <p>h. Pola peran hubungan Pasien merupakan seorang suami dan ayah. Selama sehat tidak ada masalah mengenai peran hubungan pasien terhadap keluarganya, pasien memberikan nafkah kepada istri dan anak. Selama dirawat di rumah sakit, peran pasien sebagai kepala keluarga tidak dijalankan. pasien tidak memberikah nafkah kepada anak dan istri.</p> <p>i. Pola Seksualitas/ reproduksi Pasien mempunya 3 orang anak, selama sehat, keluarga mengatakan pasien tidak pernah pemeriksaan genitalia secara rutin. Untuk masalah seksual lainnya pada pasien tidak terkaji</p> <p>j. Pola Koping- Toleransi Stress Sebelum sakit keluarga pasien mengatkan biasanya jika terdapat masalah, pasien selalu berbagi cerita kepada keluarga dan mendiskusikannya bersama. Keluarga mengtakanpasien tidak ada mengkonsumsi obat penghilang stress maupun alcohol. Selama sakit, pasien merasa cemas karena sakit yang diderita, klien juga cemas karena mau operasi. Klien mengatakan jadwal operasi belum keluar, klien mengatkan khawatir operasi yang akan dilakukan gagal</p> <p>k. Pola Keyakinan-Nilai</p>	<p>oleh keluarga. Bahasa yang digunakan pasien yaitu bahasa Indonesia dan bahasa daerah (Minang). Kemampuan membaca dan pendengaran pasien baik.</p> <p>g. Pola Persepsi Diri/Konsep Diri Keluarga pasien selalu menjaga dan merawat selama di rumah sakit. Pasien mengalami kecemasan karena mau dilakukan operasi. Pasien memiliki istri dan anaknya yang selalu membantu dan mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan</p> <p>h. Pola peran hubungan Pasien merupakan seorang suami dan ayah. Selama sehat tidak ada masalah mengenai peran hubungan pasien terhadap keluarganya, pasien memberikan nafkah kepada istri dan anak. Selama dirawat di rumah sakit, peran pasien sebagai kepala keluarga tidak dijalankan. pasien tidak memberikah nafkah kepada anak dan istri.</p> <p>i. Pola Seksualitas/ reproduksi Pasien mempunya 5 orang anak, selama sehat, keluarga mengatakan pasien tidak pernah pemeriksaan genitalia secara rutin. Untuk masalah seksual lainnya pada pasien tidak terkaji</p> <p>j. Pola Koping- Toleransi Stress Sebelum sakit keluarga pasien mengatkan biasanya jika terdapat masalah, pasien selalu berbagi cerita kepada keluarga dan mendiskusikannya bersama. Keluarga mengtakanpasien tidak ada mengkonsumsi obat penghilang stress maupun alcohol. Selama sakit, pasien merasa cemas karena sakit yang diderita, klien juga cemas karena mau operasi. Klien mengatakan jadwal operasi belum keluar,</p>
--	---	--

	<p>Pasien beragama islam, sebelum sakit pasien tidk memiliki pantangan mengenai pengobatan dalam kepercayaan, sebelum sakit pasein sholat wajib 5 x sehari. Saat sakit pasien sulit untuk menjalaankan ibadah sholat. Keluarga membantu kegiatan ibadah pasien dengan mendengarkan murrotal al-qur'an menggunakan hp</p>	<p>klien mengatkan khawatir operasi yang akan dilakukan gagal k. Pola Keyakinan-Nilai Pasien beragama islam, sebelum sakit pasien tidk memiliki pantangan mengenai pengobatan dalam kepercayaan, sebelum sakit pasein sholat wajib 5 x sehari. Saat sakit pasien sulit untuk menjalaankan ibadah sholat.</p>
<p>Pemeriksaan Fisik</p>	<p>Tanda Vital: TD :128/41 mmHg N:90x/menit S:36,7 C RR:20x/menit Kulit: Kulit terlihat pucat. Kepala: Normocephal, rambut sedikit berubah dan tidak mudah rontok, tidak terlihat ketombe Mata: Mata terlihat simetris, kongjativa anemis, sclera tidak ikterik, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm Hidung: Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengka atau pendarahan, terlihat residu berwarna hijau Mulut: Terlihat mukosa bibir kering, gigi lengkap, lidah sedikit kotor Telinga: Terihat simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada pendarahan, tidak ada serumen Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjer getah bening, JVP 5=2 cmH20 Dada: Inspeksi : gerak dada simetris kiri dan kanan, penggunaan otot bantu tidak ada Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama Perkusi: Sonor lapang paru k iri kanan Auskultasi : Vesikuler, Wheezing-/-, Gugling (-/-)</p>	<p>Tanda Vital: TD :117/42 mmHg N:89 x/menit S:37,4 c RR:19x/menit Kulit: Kulit terlihat pucat. Kepala: Normocephal, rambut sedikit berubah dan tidak mudah rontok, tidak terlihat ketombe Mata: Mata terlihat simetris, kongjativa anemis, sclera tidak ikterik, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm Hidung: Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengka atau pendarahan, terlihat residu berwarna hitam Mulut: Terlihat mukosa bibir kering, gigi lengkap, lidah sedikit kotor Telinga: Terihat simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada pendarahan, tidak ada serumen Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjer getah bening, JVP 5=2 cmH20 Dada: Inspeksi : gerak dada simetris kiri dan kanan, penggunaan otot bantu tidak ada Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama Perkusi: Sonor lapang paru k iri kanan Auskultasi : Vesikuler, Wheezing-/-,</p>

	<p>Jantung: Inspeksi : Iktu Kordis tidak terlihat Palpasi : Iktus Kordis tidak teraba Perkusi : Pekak Auskultasi : bunyi jantung lup-dup (Bunyi jantung1/S1-Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-) Abdomen : Inspeksi : distensi (+),asites (-) Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani Auskultasi : bising usus (+) >34/ menit Genitalia : Terlihat tidak ada terpasang kateter Ekstremitas Ekstremitas Atas : akral teraba hangat, CRT<2 detik, tidak ada edema, terpasang IVFD Nacl 0,9% 20 tetes/ menit di tangan sebelah kanan. Ekstremitas Bawah : akral teraba hangat, CRT<2detik, tidak ada edema, tidak ada varises</p>	<p>Gugling (-/-) Jantung: Inspeksi : Iktu Kordis tidak terlihat Palpasi : Iktus Kordis tidak teraba Perkusi : Pekak Auskultasi : bunyi jantung lup-dup (Bunyi jantung1/S1-Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-) Abdomen : Inspeksi : distensi (+),asites (-) Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani Auskultasi : bising usus normal(+) Genitalia : Terlihat tidak ada terpasang kateter Ekstremitas Ekstremitas Atas : akral teraba hangat, CRT<2 detik, tidak ada edema, terpasang IVFD tutosol : Nacl 0,9% 20 tetes/ menit di tangan sebelah kanan. Ekstremitas Bawah : akral teraba hangat, CRT<2detik, tidak ada edema, tidak ada varises</p>
Pemeriksaan Penunjang	Hemoglobin 10 g/dl, leukosit 10.76 10^3 mm, hematocrit 22%, trombosit 492, 10^3 mm, MCV 67 fL, MCH 21 Pg, RDW-CV 16.7%, Ureum Darah 30 mg/dL, monosit 10% Kreatinin darah 1.3 mg/dL, Gula darah sewaktu 104 mg/dL	Hemoglobin 13.4 g/dl, leukosit 10.53 10^3 mm, Hematokrit 39 %, Trombosit 381 10^3 mm, MCV 72 fL, MCH 25 Pg, RDW-CV 12.9%, Limfosit 13 %, Monosit 13 %, Sel Patologis-, Ureum darah 4.1 Mg/dl, Kreatinin darah 1.0 Mg/dL, Gula darah puasa 164 Mg/dl, HBAIC 12.8%
Terapi Medis	IVFD: Tutosol 500cc/8 jam Injeksi: Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidine 50mg/12 jam, ketorolac 30mg/8jam Oral: Paracetamol 3x500 mg	IVFD: Asering 500cc/8 jam Injeksi: Ceftriaxone 2x1 gr, Ketorolac 3x30 mg, Ranitidene 2x50 mg Oral: Paracetamol 3x500 mg

Tabel 4. 1 Pengkajian Pre Operasi

b. Post Operasi

Pengkajian keperawatan setelah operasi dilakukan pada kedua partisipan pada tanggal 21 Mei 2023 di ruangan bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang setelah sebelumnya pada tanggal 20 Mei 2023 di ruang RR bedah. Partisipan 1 Tn. B berumur 68 tahun dengan diagnosa post laparatomi + kolostomi. Partisipan 2 Tn. R berumur 55 tahun dengan diagnosis post laparatomi + sigmoidostomy. Pengkajian dilakukan setelah kedua partisipan dilakukan operasi pada tanggal 20 Mei 2023. Hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dituangkan pada tabel sebagai berikut:

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Identitas Pasien	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang laki-laki Tn A (Petani) masuk ruangan bedah Pria Pada tanggal 15 Mei 2023 dengan umur 68 tahun, nomor RM 01.16.56.33, sudah menikah, beragama islam, beralamat Sungai Nyalo Pesisir Selatan, pendidikan terakhir SMA. Dengan diagsosis sebelum dilakukan laparatomi yaitu Adeno Ca Recti pro LAR, dan diagnosis medis setelah dilakukan laparatomi yaitu Post Laparatomy + Colostomy	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang laki-laki Tn. R (Petani) masuk ruangan bedah Pria Pada tanggal 16 Mei 2023 dengan umur 55 tahun, nomor RM 01.16.68.86, sudah menikah, beragama islam, Dusun Alai Amping Parak Kab. Pesisir Selatan, pendidikan terakhir SMA, dengan diagnosis medis sebelum dilakukan laparatomi yaitu Adeno Ca Recti, dan setelah dilakukan operasi adalah Post Laparatomy + sigmoidostomy
Riwayat Kesehatan	Wawancara dan Studi dokumentasi : a. Keluhan Utama Tn.B masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD pada Tanggal 15 Mei 2023 dengan keluhan Pasien mengalami nyeri perut dan sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit dan juga mengeluh setiap BAB keluar darah. b. Riwayat Kesehatan Sekarang	Wawancara dan Studi dokumentasi : a. Keluhan Utama Tn.R masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD pada Tanggal 16 Mei 2023 dengan Pasien mengeluh nyeri dibagian anus sejak 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit. b. Riwayat Kesehatan Sekarang

	<p>Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan \pm 5 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri yang dirasakan skala 7, pasien mengeluh badan kaku untuk digerakan, mengeluh nyeri saat menggerakkan tubuh, pasien mengatakan hanya mampu menelentang pasien mengeluh belum ada buang angin, pasien mengeluh perut terasa agak kembung. pasien mengeluh demam, mengeluh sulit tidur, mengeluh mual muntah tidak ada.</p> <p>c. Riwayat Kesehatan Dahulu Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi, DM, paru dan jantung. Klien mengatakan sebelumnya pernah masuk IGD RSUP Dr. M. Djamil tanggal 30 April 2023 dengan keluhan nyeri perut hilang timbul namun sering. Klien diketahui kontrol dari Poli bedah digestif RSUP Dr. M. Djamil dengan diagnosa Adeno Ca Recti. Pada tanggal 30 April juga pasien dilakukan pemeriksaan pemeriksaan Kolonoskopi dengan hasil Scope masuk 5-6 cm, tampak massa tumbuh pada mukosa rektum memenuhi >75% lumen sehingga lumen menjadi sangat sempit, massa tampak rapuh mudah berdarah, telah dilakukan biopsi 3x pada lesi tumor. Kesimpulan dari hasil pemeriksaan kolonoskopi yaitu tumor rektum.</p> <p>d. Riwayat Kesehatan Keluarga Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki</p>	<p>Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut, bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terlilit, nyeri dirasakan \pm 1 menit, pasien mengeluh nyeri hilang timbul, pasien mengeluh intensitas nyeri yang dirasakan skala 6, pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengatakan ada kembung pada perut, mengatakan sudah ada buang angin, buang air besar belum ada.</p> <p>c. Riwayat Kesehatan Dahulu Klien mengatakan tidak ada mempunyai riwayat penyakit kronis seperti ginjal, hipertensi, DM, paru dan jantung.</p> <p>d. Riwayat Kesehatan Keluarga Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang sama seperti pasien. Keluarga juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM dan stroke</p>
--	---	---

	<p>keluhan yang sama seperti pasein. Keluarga juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM dan stroke</p>	
Pemeriksaan Fisik	<p>Tanda Vital: TD :128/41 mmHg N:90x/menit S:36,7 C RR:20x/menit Kulit: Kulit terlihat pucat. Kepala: Normocephal, rambut sedikit berubah dan tidak mudah rontok, tidak terlihat ketombe Mata: Mata terlihat simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm Hidung: Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkakan atau pendarahan, Mulut: Terlihat mukosa bibir kering, gigi lengkap, lidah sedikit kotor Telinga: Terlihat simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada pendarahan, tidak ada serumen Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjer getah bening, JVP 5=2 cmH20 Dada: Inspeksi : gerak dada simetris kiri dan kanan, penggunaan otot bantu tidak ada Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama Perkusi: Sonor lapang paru k iri kanan Auskultasi : Vesikuler, Wheezing-/-, Gugling (-/-) Jantung: Inspeksi : Iktu Kordis tidak terlihat Palpasi : Iktus Kordis tidak teraba Perkusi : Pekak Auskultasi : bunyi jantung lup-dup (Bunyi jantung1/S1-Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-)</p>	<p>Tanda Vital: TD :117/42 mmHg N:89 x/menit S:37,4 c RR:19x/menit Kulit: Kulit terlihat pucat. Kepala: Normocephal, rambut sedikit berubah dan tidak mudah rontok, tidak terlihat ketombe Mata: Mata terlihat simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm Hidung: Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkakan atau pendarahan, Mulut: Terlihat mukosa bibir kering, gigi lengkap, lidah sedikit kotor Telinga: Terlihat simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada pendarahan, tidak ada serumen Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjer getah bening, JVP 5=2 cmH20 Dada: Inspeksi : gerak dada simetris kiri dan kanan, penggunaan otot bantu tidak ada Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama Perkusi: Sonor lapang paru k iri kanan Auskultasi : Vesikuler, Wheezing-/-, Gugling (-/-) Jantung: Inspeksi : Iktu Kordis tidak terlihat Palpasi : Iktus Kordis tidak teraba Perkusi : Pekak Auskultasi : bunyi jantung lup-dup (Bunyi jantung1/S1-Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-)</p>

	<p>Abdomen : Inspeksi : tampak ada stoma pada abdomen sebelah kiri. distensi (-), asites (-) Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani Auskultasi : bising usus (+) >34/ menit Genitalia : Terpasang kateter no 18 , terlihat urine 700 cc Ekstremitas Ekstremitas Atas : akral teraba hangat, CRT<2 detik, tidak ada edema, terpasang IVFD Tutosol 0,9% 20 tetes/ menit di tangan sebelah kanan. Ekstremitas Bawah : akral teraba hangat, CRT<2detik, tidak ada edema, tidak ada varises</p>	<p>Abdomen : Inspeksi : tampak ada stoma pada abdomen sebelah kiri. distensi (+),asites (-) Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani Auskultasi : bising usus normal(+) Genitalia : Terpasang kateter no 18 , terlihat urine 650cc Ekstremitas Ekstremitas Atas : akral teraba hangat, CRT<2 detik, tidak ada edema, terpasang IVFD Tutosol 20 tetes/ menit di tangan sebelah kiri. Ekstremitas Bawah : akral teraba hangat, CRT<2detik, tidak ada edema, tidak ada varises</p>
Pemeriksaan Penunjang	<p>Studi dokumentasi : Tanggal : Hemoglobin 10 g/dl leukosit 10.76 10³ mm hematocrit 22% trombosit 492, 10³ mm MCV 67 fL MCH 21 Pg RDW-CV 16.7% Ureum Darah 30 mg/dL monosit 10% Kreatinin darah 1.3 mg/dL Gula darah sewaktu 104 mg/dL</p>	<p>Studi Dokumentasi : Tanggal : Hemoglobin 13.4 g/dl leukosit 10.53 10³ mm Hematokrit 39 % Trombosit 381 10³ mm MCV 72 fL MCH 25 Pg RDW-CV 12.9% Limfosit 13 % Monosit 13 % Ureum darah 4.1 Mg/dl Kreatinin darah 1.0 Mg/dL Gula darah puasa 164 Mg/dl HBAIC 12.8%</p>
Terapi Medis	<p>Studi dokumentasi : IVFD: RL 500cc/8 jam Injeksi: - Ceftriaxone 2x1 gr - Ranitidine 50mg/12 jam - Ketorolac 30mg/8jam - Metoklopramid 3x1 - Kalnex 3x500 mg - Vit. K 3x10 amp Oral: - Paracetamol 3x500 mg</p>	<p>Studi dokumentasi : IVFD: RL 500cc/8 jam Injeksi: - Ceftriaxone 2x1 gr - Ketorolac 3x30 mg - Ranitidene 2x50 mg - Metronidazole 3x500 mg Oral: - Paracetamol 3x500 mg</p>

Tabel 4. 2 Pengkajian Post Operasi

2. Analisa Data

a. Pre Operasi

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Data: Data Subjektif : Pasien mengeluh nyeri di bagian perut, nyeri dirasakan hilang timbul dan secara tiba-tiba, lamanya nyeri dirasakan 1 menit, nyeri seperti tertusuk, pasien mengeluh perut kembung.</p> <p>Data Objektif : Pasien terlihat meringis dan gelisah TTV: TD :147/81 mmHg, N:87x/menit S:36,7 C RR:20x/menit</p> <p>Etiologi: Agen Pencedera Fisiologis Problem : Nyeri Akut</p>	<p>Data : Data Subjektif : pasien mengeluh nyeri di bagian perut, nyeri dirasakan hilang timbul, lamanya nyeri dirasakan 1 menit, nyeri seperti tertusuk, pasien mengeluh perut kembung.</p> <p>Data Objektif : Pasien terlihat meringis dan gelisah TTV : TD :132/82 mmHg N:89 x/menit S:37,4 C RR:20x/menit</p> <p>Etiologi: Agen Pencedera Fisiologis Problem : Nyeri Akut</p>
<p>Data Data Subjektif : Pasien mengeluh nafsu makan menurun, mengeluh nyeri pada bagian perut, klien mengatakan puasa, cairan lambung berwarna hijau. Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit 68 kg saat sakit berat badan 48 kg.</p> <p>Data Objektif : Pasien terlihat membrane mukosa bibir kering,wajah pucat, TB : 167 cm, BB :48 kg, IMT : Abdomen Inspeksi : distensi (+),asites (-) Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani</p>	<p>Data Data Subjektif : Pasien mengeluh nafsu makan menurun, mengeluh nyeri pada bagian perut, klien mengatakan puasa, residu lambung berwarna hitam. Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit 74 kg saat sakit berat badan 56 kg</p> <p>Data Objektif : Pasien terlihat membrane mukosa bibir kering,wajah pucat, BB : 56 kg,TB:160 cm Abdomen Inspeksi :distensi (-),asites (-) Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani</p>

<p>Auskultasi : bising usus (+) >34/ menit</p> <p>Etiologi : Ketidakmampuan Mencerna Makanan</p> <p>Problem : Defisit Nutrisi</p>	<p>Auskultasi : bising usus normal(+)</p> <p>Etiologi : Ketidakmampuan Mencerna Makanan</p> <p>Problem : Defisit Nutrisi</p>
<p>Data</p> <p>Data Subjektif : Pasien mengeluh tidak BAB sejak seminggu sebelum masuk rumah sakit dan mengeluh tidak ada buang angin. Mengeluh tidak ada BAB selama dirumah sakit</p> <p>Data Objektif : Bising usus (+) >34/ menit, Distensi Abdomen</p> <p>Etilogi: Penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>Problem : Konstipasi</p>	<p>Data</p> <p>Data Subjektif : Pasien mengeluh BAB kecil-kecil seperti kotoran kambing 1 minggu sebelum masuk rumah sakit Pasien mengeluh tidak ada BAB selama dirawat di RS</p> <p>Data Objektif : Bising usus (+) normal Distensi Abdomen (+)</p> <p>Etilogi: Penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>Problem : Konstipasi</p>
<p>Data</p> <p>Data Subjektif : Pasien mengeluh cemas terhadap operasi yang akan dilakukan, menggeluh cemas karena jadwal operasi belum keluar. klien mengatakan khawatir operasi yang akan dilakukan gagal</p> <p>DO : TD :147/81 mmHg, N:87x/menit, S:36,7 c, RR:20x/menit, Sulit tidur, Wajah terlihat pucat</p> <p>Etiologi : Krisis situasional</p> <p>Problem :Ansietas</p>	<p>Data</p> <p>Data Subjektif : Pasien mengeluh cemas terhadap operasi yang akan dilakukan, menggeluh cemas karena jadwal operasi belum keluar. klien mengatakan khawatir operasi yang akan dilakukan gagal</p> <p>DO : TD :132/82 mmHg, N:89 x/menit, S:37,4 c, RR:20x/menit Sulit tidur, Wajah terlihat pucat</p> <p>Etiologi : Krisis situasional</p> <p>Problem :Ansietas</p>

Tabel 4. 3 Analisa Data Pre Operasi

b. Post Operasi

Partisipan 1	Partisipan 2
---------------------	---------------------

<p>Data: Data Subjektif : Pasien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan \pm 5 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri yang dirasakan skala 7, pasien mengeluh badan kaku untuk digerakan, mengeluh nyeri saat menggerakkan tubuh, dan sulit tidur karna nyeri</p> <p>Data Objektif : TD :128/41 mmHg N:90x/menit S:36,7 C RR:20x/menit Pasien tampak gelisah Wajah terlihat meringis Sulit tidur</p> <p>Etiologi: Agen Pencedera Fisiologis Problem : Nyeri Akut</p>	<p>Data : Data Subjektif : Pasien mengeluh nyeri di bagian perut, bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terlilit, nyeri dirasakan \pm1 menit, pasien mengeluh nyeri hilang timbul, pasien mengeluh intensitas nyeri yang dirasakan skala 6, pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengeluh susah tidur karna nyeri yang dirasakan</p> <p>Data Objektif : TD :117/42 mmHg N:89 x/menit S:37,4 c RR:19x/menit Wajah terlihat meringis Pasien tampak gelisah Sulit tidur</p> <p>Etiologi: Agen Pencedera Fisiologis Problem : Nyeri Akut</p>
---	--

Tabel 4. 4 Analisa Data Post Operasi

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa penyebab dan masalah. Berikut ini diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan studi dokumentasi, wawancara, dan hasil observasi adalah sebagai berikut:

a. Pre Operasi

Partisipan 1	Partisipan 2
1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
3) Konstipasi berhubungan dengan Penurunan motilitas gastrointestinal	3) Konstipasi berhubungan dengan Penurunan motilitas gastrointestinal
4) Ansietas berhubungan dengan dengan krisis situasional	4) Ansietas berhubungan dengan dengan krisis situasional

Tabel 4. 5 Diagnosis Keperawatan Pre Operasi

b. Post Operasi

Partisipan 1	Partisipan 2
Nyeri akut b.d agen Pencedera fisik	Nyeri akut b.d agen Pencedera fisik

Tabel 4. 6 Diagnosis Keperawatan Post Operasi

4. Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan mengacu pada SDKI, SLKI, dan SIKI berdasarkan hasil studi dokumentasi rekam medis elektronik partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

a. Pre Operasi

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>SDKI : Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologi</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik</p> <p>SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238). Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi</p>	<p>SDKI : Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologi</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik</p> <p>SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238). Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi</p>

<p>pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor efek samping penggunaan analgesik.</p> <p>Terapeutik: Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri: teknik relaksasi genggam jari, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi: Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian anagesik, jika perlu</p>	<p>pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor efek samping penggunaan analgesik.</p> <p>Terapeutik: Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri: teknik relaksasi genggam jari, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi: Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian anagesik, jika perlu</p>
<p>SDKI: Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mencerna Makanan</p> <p>SLKI: Status Nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Porsi makanan yang dihabiskan meningkat, Kekuatan otot menguyah meningkat, Kekuatan otot menelan meningkat, Serum albumin meningkat, Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Nyeri abdomen menurun, Rambut rontok menurun, Diare menurun, Berat badan membaik, Indeks massa tubuh membaik, Frekuensi makan membaik, Nafsu makanan membaik, Bising usus</p>	<p>SDKI: Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mencerna Makanan</p> <p>SLKI: Status Nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Porsi makanan yang dihabiskan meningkat, Kekuatan otot menguyah meningkat, Kekuatan otot menelan meningkat, Serum albumin meningkat, Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Nyeri abdomen menurun, Rambut rontok menurun, Diare menurun, Berat badan membaik, Indeks massa tubuh membaik, Frekuensi makan membaik, Nafsu makanan membaik, Bising usus</p>

<p>membaik, Tebal lipatan kulit trisept membaik, Membrane mukosa membaik</p> <p>SIKI: Manajemen Nutrisi Observasi: Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Teraupetik: Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet, Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan jika perlu, Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi: Ajukan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makanan, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p>	<p>membaik, Tebal lipatan kulit trisept membaik, Membrane mukosa membaik</p> <p>SIKI: Manajemen Nutrisi Observasi: Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Teraupetik: Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet, Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan jika perlu, Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi: Ajukan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makanan, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p>
<p>SDKI: Konstipasi b.d Penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejan saat defekasi</p>	<p>SDKI: Konstipasi b.d Penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejan saat defekasi</p>

<p>menurun, distensi abdomen menurun, terasa massa pada rektal menurun, urgency menurun, nyeri abdomen menurun, kram abdomen menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik, peristaltic usus membaik.</p> <p>SIKI : Manajemen Konstipasi 1.04155 Observasi: Periksa tanda dan gejala, Periksa pergerakan usus, karakteristik feses, Identifikasi faktor resiko konstipasi, Monitor tanda dan gejala rupture usus dan atau peritonitis Anjurkan diet tinggi serat, Lakukan masase abdomen, jika perlu, Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu berikan enema atau inigasi, jika perlu, Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan, Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi, Latih buang air besar secara teratur, Ajarkan cara mengatasi konstipasi impaksi Kolaborasi: Kolaborasi penggunaan obat pencahar</p>	<p>menurun, distensi abdomen menurun, terasa massa pada rektal menurun, urgency menurun, nyeri abdomen menurun, kram abdomen menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik, peristaltic usus membaik.</p> <p>SIKI : Manajemen Konstipasi 1.04155 Observasi: Periksa tanda dan gejala, Periksa pergerakan usus, karakteristik feses, Identifikasi faktor resiko konstipasi, Monitor tanda dan gejala rupture usus dan atau peritonitis Anjurkan diet tinggi serat, Lakukan masase abdomen, jika perlu, Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu berikan enema atau inigasi, jika perlu, Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan, Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi, Latih buang air besar secara teratur, Ajarkan cara mengatasi konstipasi impaksi Kolaborasi: Kolaborasi penggunaan obat pencahar</p>
<p>SDKI : Ansietas b.d Krisis Situasional</p> <p>SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Verbalisasi kebingungan menurun, Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, Perilaku gelisah menurun, Perilaku tegang menurun, Konsentrasi membaik, Pola tidur membaik</p> <p>SIKI : Reduksi ansietas (SIKI, Hal 387)</p>	<p>SDKI : Ansietas b.d Krisis Situasional</p> <p>SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Verbalisasi kebingungan menurun, Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, Perilaku gelisah menurun, Perilaku tegang menurun, Konsentrasi membaik, Pola tidur membaik</p> <p>SIKI : Reduksi ansietas (SIKI, Hal 387)</p>

<p>Observasi: Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor), Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>Teraupetik: Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan, Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, Pahami situasi yang membuat ansietas, Dengarkan dengan penuh perhatian, Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.</p> <p>Edukasi: Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan, Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketengan, Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, Latih relaksasi nafas dalam</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>	<p>Observasi: Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor), Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>Teraupetik: Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan, Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, Pahami situasi yang membuat ansietas, Dengarkan dengan penuh perhatian, Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.</p> <p>Edukasi: Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan, Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketengan, Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, Latih relaksasi nafas dalam</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
--	--

Tabel 4. 7 Rencana Askep Pre Operasi

b. Post Operasi

Partisipan 1	Partisipan 2
---------------------	---------------------

<p>SDKI : Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik</p> <p>SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, Monitor efek samping penggunaan analgesik. Terapeutik: Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri: teknik relaksasi genggam jari, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, 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, Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgesik</p>	<p>SDKI : Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik</p> <p>SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, Monitor efek samping penggunaan analgesik. Terapeutik: Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri: teknik relaksasi genggam jari, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, 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, Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgesic</p>
--	--

Tabel 4. 8 Rencana Askep Post Operasi

5. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi dan evaluasi keperawatan berdasarkan hasil studi, wawancara serta observasi pada partisipan 1 dan partisipan 2 adalah tertera pada tabel dibawah ini:

a. Pre Operasi

Tanggal	Partisipan 1		Partisipan 2	
	Implementasi	Evaluasi	Implementasi	Evaluasi
18 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/88 mmHg, N:76x/menit,S:36,7 RR:20x/menit Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4 , identifikasi skala nyeri Melihat respons nyeri non verbal Memberikan teknik relaksasi genggam jari Menganjurkan keluarga untuk merapikan 	<p>S: klien mengatakan nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk tusuk, nyeri dirasakan 1 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri dirasakan 3</p> <p>DO: Terlihat meringis, terlihat sering memegang perutnya, TTV: TD: 134/88 mmHg,N:82x/menit S: 36,6 c RR : 20x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan mengukur TTV, Menanyakan intensitas nyeri, Melihat nyeri non verbal, Menganjurkan teknik relaksasi genggam</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/78 mmHg, N:82x/menit,S:37,7 RR:20x/menit Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4 , Identifikasi skala nyeri Melihat respons nyeri non verbal Memberikan teknik relaksasi genggam jari Menganjurkan keluarga untuk merapikan 	<p>S: klien mengatakan nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti terlilit, nyeri dirasakan 1 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri dirasakan 3</p> <p>DO: Terlihat meringis, terlihat sering memegang perutnya, TTV: TD: 130/78mmHg, N:82x/menit S: 36,8c RR : 20x/menit</p> <p>mengukur TTV, Menanyakan intensitas nyeri, Melihat nyeri non verbal, Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari, Berkolaborasi memberikan terapi</p>

	lingkungan 6. Memberikan terapi injeksi ranitidine, ceftriaxone, paracetamol oral	jari, Berkolaborasi memberikan terapi	lingkungan 7. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, Paracetamol oral	
	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan 1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/88 mmHg, N:76x/menit,S:36,7 RR:20x/menit 2. Mengganti cairan infus tutosol 20 tetes/menit	S: pasien mengatakan nafsu makanan menurun, klien mengeluh nyeri dibagian perut. O: terlihat membrane mukosa kering, wajah pucat, abdomen distensi (+), terdapat nyeri tekanan dan nyeri lepas, bising usus (+) A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan Memonitor cairan infus pasien	1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 134/88 mmHg, N:79x/menit,S:37,5 RR:20x/menit 2. Mengganti cairan infus tutusol 20x/menit	S: pasien mengatakan nafsu makanan menurun, klien mengeluh nyeri dibagian perut O: terlihat membrane mukosa kering, wajah pucat, abdomen distensi (+), terdapat nyeri tekanan dan nyeri lepas, bising usus (+) A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan Memonitor cairan infus pasien
	Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal 1. Menganjurkan miring kanan miring kiri 2. Menjelaskan kepada pasien penyebab BAB pasien disertai darah dan berlendir	S: pasien mengatakan belum BAB, mengatakan tidak ada buang angina O: distensi abdomen Bising usus >34/menit A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal 1. Menganjurkan miring kanan miring kiri 2. Berkolaborasi memberikan obat oral lactulac syr	S: pasien mengatakan belum BAB, mengatakan tidak ada buang angin O: distensi abdomen Bising usus normal

	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. kepada klien kenapa jadwal operasi tidak keluar 4. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari 5. Menganjurkan istirahat dan tidur 	<p>S: klien mengatakan cemasnya berkurang degan jadwal operasinya, cemas dengan kondisinya saat ini, klien mengatakan</p> <p>O: Sulit tidur, Wajah terlihat pucat</p> <p>TTV: TD: 134/88 mmHg, N:82x/menit</p> <p>S: 36,6 c</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>Menganjurkn keluarga untuk meciptakan lingkungan yang tenang</p>	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. kepada klien kenapa jadwal operasi tidak keluar 4. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari 5. Menganjurkan istirahat dan tidur 	<p>S: klien mengatakan masih cemas degan jadwal operasinya, cemas dengan kondisinya saat ini, klien mengatakan</p> <p>TTV: TD: 134/88 mmHg</p> <p>N:82x/menit</p> <p>S: 36,6 c</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Sulit tidur</p> <p>Wajah terlihat pucat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk meciptakan lingkungan yang tenang</p>
19 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 133/87 mmHg, N:76x/menit,S:36,8 RR:20x/menit 2. menanyakan lokasi, 	<p>S: klien mengatakan nyeri dibagian peru berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk tusuk, nyeri dirasakan 1 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri dirasakan 3</p> <p>DO: Terlihat meringis,</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital TD:128/78mmHg,N:82x/menit,S:37,7 RR:20x/menit 2. menanyakan lokasi, 	<p>S: klien mengatakan nyeri dibagian perut berkurang , nyeri terasa seperti terlilit, nyeri dirasakan 1 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri dirasakan 3</p> <p>O: Terlihat meringis, TTV: TD: 130/78mmHg,</p>

	<p>karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4 , Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. menganjurkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, oral Paracetamol</p>	<p>terlihat sering memegang perutnya, TTV: TD: 134/88mmHg N:82x/menit S: 36,6 c RR : 20x/menit A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan -mengukur TTV Menanyakan intensitas nyeri Melihat nyeri non verbal Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari Berkolaborasi memberikan terapi analgetik</p>	<p>karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4 , Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. menganjurkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, oral Paracetamol</p>	<p>N:82x/menit S: 36,8c RR : 20x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi Dilanjutkan Mengukur tanda-tanda vital Melihat respon verbal pasien, menanyakan intensitas nyeri yang dirasakan pasien, menganjurkan teknik relaksasi genggam jari, berkolaborasi memberikan terapi analgetik</p>
	<p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital</p> <p>2. TD: 130/88 mmHg, N:76x/menit, S:36,7 RR:20x/menit</p> <p>3. Mengganti cairan infus tutosol 20 tetes/menit</p> <p>4. Menganjurkan untuk</p>	<p>S: pasien mengatakan nafsu makan menurun, makanan sedikit, perasaan mual ada, mengatakan muntah tidak ada</p> <p>O: terlihat membrane mukosa kering, wajah pucat, abdomen distensi tidak ada, terdapat nyeri tekanan dan nyeri lepas, bising usus (+)</p>	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital</p> <p>2. TD:128/78mmHg, N:82x/menit, S:37,7 RR:20x/menit</p> <p>3. Mengganti cairan infus tutosol 20x/menit</p> <p>4. Menganjurkan keluarga untuk membasahi mulut pasien sedikit-sedikit agar tidak kering</p>	<p>S: pasien mengatakan nafsu makanan menurun, klien mengeluh nyeri dibagian perut keluarga mengatakan residu lambung berwarna hitam</p> <p>O: terlihat membrane mukosa kering, wajah pucat, abdomen distensi (+), terdapat nyeri tekanan dan nyeri lepas, bising usus (+)</p>

	<p>makan makan-makanan rumah sakit, diet yang diprogramkan MB TKTP</p> <p>5. Menganjurkan makan sedikit sedikit dan minum sedikit sedikit agar tidak terjadi kembung</p> <p>6. Menganjurkan untuk membasahi bibir</p>	<p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien di puasakan karena tanggal 20 Mei 2023 pasien jadwal OK - Memonitor cairan infus pasien 		<p>A: Masalah belum Teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien di puasakan karena tanggal 20 Mei 2023 pasien jadwal OK - memonitor cairan infus
	<p>Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>1. Menganjurkan miring kanan miring kiri</p> <p>2. Menjelaskan kepada pasien penyebab BAB pasien disertai darah dan lendir</p> <p>3. Berkolaborasi memberikan obat oral lactulac syr</p>	<p>S: pasien mengatakan belum BAB, mengatakan tidak ada buang angin</p> <p>O: distensi abdomen tidak ada</p> <p>Bising usus normal</p> <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan miring kanan dan miring kiring - berkolaborasi pemberian lactulac syr untuk melancarkan BAB. - Pasien direncanakan operasi dan diberikan 	<p>Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal</p> <p>1. Menganjurkan miring kanan miring kiri</p> <p>2. Menjelaskan kepada pasien penyebab pasien tidak BAB</p> <p>3. Berkolaborasi memberikan obat oral lactulac syr</p>	<p>S: pasien mengatakan belum BAB, mengatakan tidak ada buang angin</p> <p>O: distensi abdomen tidak ada</p> <p>Bising usus normal</p> <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan miring kanan dan miring kiring - berkolaborasi pemberian lactulac syr untuk melancarkan BAB. - Pasien direncanakan operasi dan diberikan fozen enema

		fozen enema		
	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari 4. Menganjurkan istirahat dan tidur 	<p>S: klien mengatakan cemasnya berkurang karena jadwal operasinya tidak ditunda lagi, mengatakan semoga operasi berjalan dengan lancar</p> <p>TTV: TD: 134/88 mmHg N:82x/menit S: 36,6 c RR : 20x/menit</p> <p>Sulit tidur Wajah terlihat pucat A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang</p>	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. kepada klien kenapa jadwal operasi tidak keluar 4. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari 5. Menganjurkan istirahat dan tidur 	<p>S: klien mengatakan cemas sudah berkurang karena jadwal operasi sudah diberi tahu, pasien mengatakan sedikit cemas terhadap operasi yang akan dilakukan</p> <p>TTV: TD: 130/78 mmHg N:82x/menit S: 36,6 c RR : 20x/menit</p> <p>Sulit tidur Wajah terlihat pucat A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang</p>
20 Mei 2022	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. TD: 128/88 mmHg, 	<p>S: klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa tertusuk, skala nyeri 3</p> <p>DO: Terlihat meringis, ,</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. TD: 130/76 mmHg, 	<p>S: klien mengatakan nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti terlilit, nyeri dirasakan 1 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri</p>

	<p>N:76x/menit,S:36,7 RR:20x/menit</p> <p>3. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4 , Identifikasi skala nyeri</p> <p>4. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>5. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>6. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>7. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, oral Paracetamol</p>	<p>TTV: TD: 130/87 mmHg N:82x/menit S: 36,6 c RR : 20x/menit A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan mengukur TTV Menanyakan intensitas nyeri Melihat nyeri non verbal Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari Berkolaborasi memberikan terapi</p>	<p>N:82x/menit,S:37,7 RR:20x/menit</p> <p>3. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4 , Identifikasi skala nyeri</p> <p>4. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>5. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>6. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>7. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, oral Paracetamol</p>	<p>dirasakan 3</p> <p>O: Terlihat meringis, terlihat sering memegang perutnya, TTV: TD: 130/76mmHg, N:82x/menit S: 36,8c RR : 20x/menit A: Masalah belum Teratasi mengukur TTV Menanyakan intensitas nyeri Melihat nyeri non verbal Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari Berkolaborasi memberikan terapi P intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital</p> <p>2. TD: 130/88 mmHg, N:76x/menit,S:36,7 RR:20x/menit</p> <p>3. Mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung</p>	<p>S: pasien mengatakan nafsu makan menurun, makanan sedikit, perasaan mual tidak ada ,mengatakan muntah tidak ada</p> <p>O: terlihat membrane mukosa kering,wajah pucat, abdomen distensi tidak ada, terdapat nyeri tekanan dan nyeri lepas, bising usus (+),</p>	<p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital</p> <p>2. TD:130/76mmHg,N:82x /menit,S:37,7 RR:20x/menit</p> <p>3. Mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung</p>	<p>S: pasien mengatakan nafsu makanan menurun, klien mengeluh nyeri dibagian perut keluarga mengatakan residu tidak keluar</p> <p>O: terlihat membrane mukosa kering,wajah pucat, abdomen distensi (+), terdapat nyeri tekanan dan nyeri lepas, bising usus (+)</p>

	<p>terlihat residu lambung</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengganti cairan infus tutosol 20 tetes/menit Menganjurkan pasien puasa untuk rencana operasi laparoskopi Memasang label pasien puasa 	<p>residu lambung tidak ada</p> <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan pasien puasa untuk persiapan operasi Mengganti cairan infus tutosol 20x/menit Memasang label penanda pasien puasa 	<p>A: Masalah belum Teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan miring kanan miring kiri Memberikan obat pencahar frozen enema untuk persiapan operasi 	<p>S: pasien mengatakan sudah BAB 3 kali O: distensi abdomen tidak ada Bising usus normal A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan Menganjurkan miring kanan dan miring kiring, Berkolaborasi pemberian lactulac syr untuk melancarkan BAB.</p>	<p>Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan miring kanan miring kiri Memberikan obat pencahar frozen enema untuk persiapan operasi 	<p>S: pasien mengatakan sudah BAB, BAB berbentuk cair, sudah beberapa kali BAB O: distensi abdomen tidak ada Bising usus normal A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan Menganjurkan miring kanan dan miring kiring, berkolaborasi pemberian lactulac syr untuk melancarkan BAB.</p>
	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 	<p>S: klien mengatakan cemasnya berkurang . klien mengatakan meminta doa kepada keluarga agar operasi berjalan dengan lancar</p>	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang Menjelaskan kepada 	<p>S: klien mengatakan cemas sudah berkurang , klien mengatakan semoga operasi berjalan dengan lancar dan cepat pulang dari rumah sakit TTV: TD: 130/78 mmHg</p>

	<p>2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya</p> <p>3. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>4. Menganjurkan istirahat dan tidur</p>	<p>TTV: TD: 134/88 mmHg N:82x/menit S: 36,6 c RR : 20x/menit Wajah terlihat pucat A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang</p>	<p>klien tentang penyakit yang dialaminya</p> <p>3. kepada klien kenapa jadwal operasi tidak keluar</p> <p>4. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. Menganjurkan istirahat dan tidur</p>	<p>N:82x/menit S: 36,6 c RR : 20x/menit Sulit tidur Wajah terlihat pucat A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Menganjurkan teknik relaksasi genggam jari Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang</p>
--	---	---	---	--

Tabel 4. 9 Implementasi dan Evaluasi Pre Operasi

b. Post Operasi

Partisipan 1		Partisipan 2	
Implementasi	Evaluasi	Implementasi	Evaluasi
<p>Tanggal : 21 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 140/88 mmHg, N:89x/menit, S:37,6 RR:20x/menit 2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 7, Identifikasi skala nyeri 3. Melihat respons nyeri non verbal 4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan 6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. Oral: Paracetamol 	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 4 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin mengeluh</p> <p>O : klien terlihat meringis, TTV TD:135/71 mmHg N:74x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit A : Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan :</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. oral: Paracetamol</p>	<p>Tanggal : 21 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 130/88 mmHg, N:79x/menit, S:37,6 RR:20x/menit 2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi freskuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri 3. Melihat respons nyeri non verbal 4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan 6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. Oral: Paracetamol 	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 4, mengeluh sudah ada buang angin</p> <p>O : klien terlihat meringis, TTV TD:132/875mmHg N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit A : Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. Oral: Paracetamol</p>
<p>Tanggal : 22 Mei 2023</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian</p>	<p>Tanggal : 22 Mei 2023</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian</p>

<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 135/71 mmHg, N:79x/menit S:37,3 RR:20x/menit</p> <p>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 5, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral: Paracetamol</p>	<p>perut berkurang nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 4 mengeluh perut terasa kembung,</p> <p>O : terlihat meringis, TTV TD:130/87 mmHg, N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac, oral: Paracetamol</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vitaltd: 128/88 mmhg, N:79x/menit, S:37,5 RR:20x/menit</p> <p>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri: 5, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral: Paracetamol</p>	<p>perut berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 4, mengeluh sudah ada buang angin</p> <p>O : terlihat meringis TTV TD:136/875mmHg N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac, oral: Paracetamol</p>
<p>Tanggal : 23 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 3 mengeluh perut terasa kembung,</p>	<p>Tanggal : 23 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 3, mengatakan sudah BAB.</p>

<p>vital TD: 128/88 mmHg, N:89x/meni S:37,5 RR:20x/menit</p> <p>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. Oral Paracetamol</p>	<p>mengeluh tidak ada buang angin mengeluh O : terlihat meringis berkurang TTV TD:127/87 mmHg, N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit A : Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac, oral: Paracetamol</p>	<p>vitaltd: 130/88 mmhg, N:79x/menit, S:37,6 RR:20x/menit</p> <p>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac Oral : Paracetamol</p>	<p>Pasien mengatakan pulang hari ini O : terlihat meringis, TTV TD:128/875mmHg, N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit A : Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac, oral: Paracetamol</p>
<p>Tanggal : 24 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 128/88 mmHg, N:89x/menit, S:37,5</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 2 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin mengeluh</p>	<p>Tanggal : 24 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 128/88 mmHg, N:89x/menit, S:37,5</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 2 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin mengeluh</p>

<p>RR:20x/menit</p> <p>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 3, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. Oral Paracetamol</p>	<p>O : terlihat meringis berkurang</p> <p>TTV</p> <p>TD:127/87 mmHg,</p> <p>N:78x/menit</p> <p>suhu:37,5</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac, oral: Paracetamol</p>	<p>RR:20x/menit</p> <p>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 3, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. Oral Paracetamol</p>	<p>O : terlihat meringis berkurang</p> <p>TTV</p> <p>TD:127/87 mmHg</p> <p>N:78x/menit</p> <p>suhu:37,5</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac, oral: Paracetamol</p>
<p>Tanggal : 25 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 128/88 mmHg, N:89x/menit, S:37,5 RR:20x/menit</p> <p>2. Menanyakan lokasi,</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 2 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin mengeluh</p> <p>O : terlihat meringis berkurang</p> <p>TTV</p>	<p>Tanggal : 25 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 128/88 mmHg, N:89x/menit, S:37,5 RR:20x/menit</p> <p>2. Menanyakan lokasi,</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 2 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin mengeluh</p> <p>O : terlihat meringis berkurang</p> <p>TTV</p>

<p>karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 3, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. Oral Paracetamol</p>	<p>TD:127/87 mmHg, N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac, oral: Paracetamol</p>	<p>karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 3, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac. Oral Paracetamol</p>	<p>TD:127/87 mmHg, N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac, oral: Paracetamol</p>
--	--	--	--

Tabel 4. 10 Implementasi dan Evaluasi Pre Operasi

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien adeno ca recti dengan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi laparotomi di ruangan rawat inap Bedah Pria RSUP Dr.M. Djamil Padang. Kegiatan yang dilakukan mulai dari pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien diantaranya sebagai berikut :

Dilakukan pengkajian post operasi Pasien pada Tn B dan Tn R berjenis kelamin laki-laki berusia dewasa yaitu 68 tahun dan 55 tahun sama-sama berasal dari Pesisir Selatan masuk dengan diagnose medis Adeno Ca Recti. Menurut (Sayuti & Nouva, 2019), salah satu penyebab dari ca recti yaitu berusia lebih dari 50 tahun. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan hasil kedua pasien sama-sama berusia lebih dari 50 tahun.

Pada kasus Tn B dan Tn R dengan keluhan nyeri dibagian perut,nyeri terasa seperti terlilit dan tertusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul, lamanya dirasakan nyeri, skala nyeri yang dirasakan berskala 4, abdomen distensi, mengalami mual muntah Pasien juga mengeluh BAB disertai keluar darah sedikit dan berlendir. Tanda dan gejala sejalan menurut (Sayuti & Nouva, 2019), tanda dan gejala dari ca recti adalah merasa sakit perut, kram perut dan kembung, ditemukannya darah di feses.

Pada riwayat kesehatan terdahulu Tn.B mempunyai riwayat asam lambung dan Klien mengatakan sakit yang dirasakan saat ini akibat banyak suka makan makanan pedas, minum yang berkaleng-kaleng serta telat makanan. Tn R juga mengatakan. sakit yang dirasakan saat ini akibat banyak makan makanan pedas dan minum-minuman berkaleng

saat lebaran. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyudi et al., (2020) gaya hidup masyarakat seperti menyukai makanan cepat saji serta kurangnya aktivitas fisik, serta lingkungan yang kotor. memberi pengaruh pada perubahan epidemiologi yaitu beban penyakit ganda dengan meningkatnya penyakit digestif atau penyakit saluran pencernaan

Pemeriksaan fisik pada abdomen pada Tn B dan Tn R yaitu distensi, terdapat nyeri tekanan dan nyeri lepas, tympani bising usus (+) >34x/menit. Tanda dan gejala sejalan menurut (Nurwidiyanti et al., 2022) tanda gejala ileus obstruksi yaitu distensi abdomen, muntah, peningkatan bising usus, nyeri hebat pada abdomen BAB disertai darah.

Menurut Vilz et al.,(2017) Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada kasus ileus obstruksi diantaranya tindakan operasi laparatomi dan operasi laparoscopi. Laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker, dan obstruksi). (Sabry & Adriansyah, 2023)

Pada pemeriksaan laboratorium hematologi didapatkan kesimpulan pasien mengalami monositosi. Hal ini sesuai dengan penelitian Jessica Elizabeth, 2020 yang mengatakan bahwa pemeriksaan hematologi seperti darah lengkap lengkap, penanda tumor, dan sitokin serum dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis dan prognosis.

Setelah Post Laparatomi dilakukan pengkajian pada Tn. B pasien mengeluh nyeri, nyeri dibagian perut post operasi, intensitas nyeri 7, nyeri terasa seperti tertusuk pasien,nyeri dirasakan terus-menerus,nyeri dirasakan 5 menit mengeluh perut kembung, mengeluh mual dan muntah, terlihat pasien meringis, mengeluh nyeri saat bergerak, wajah terlihat pucat, BAB tidak ada, terlihat lemah. Pasien mengeluh sulit tidur. Pada

pemeriksaan fisik tampak lemah dan lesu, tidak bersemangat, kesadaran kompos mentis GCS: 15 TD : 140/78 mmHg, Nadi:79x/menit, RR: 20x/ Menit, Suhu : 38, 5C. rambut tidak mudah rontok, tidak ada benjolan. Wajah tampak pucat dan lesu, mata klien terlihat simetris kiri dan kanan, kongjativa anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, reaksi pupil 2 mm/2mm, reflek cahaya positif. Hidung simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, mukosa bibir kering, tidak terdapat sariawan Abdomen distensi (+), terdapat luka bekas operasi, terdapat nyeri tekan (+) dan nyeri lepas, Tympani bising usus (-) Klien mengeluh nyeri saat bergerak, tidak mampu melakukan miring kanan atau kiri, tubuh terasa kram

pengkajian pasien mengeluh nyeri, nyeri dibagian perut post operasi, intensitas nyeri 5 , nyeri terasa seperti tertusuk pasien,nyeri dirasakan terus-menerus,nyeri dirasakan 5 menit mengeluh perut kembung, mengeluh mual dan muntah, terlihat pasien meringis, mengeluh nyeri saat bergerak, wajah terlihat pucat, BAB tidak ada, terlihat lemah. Pasien mengeluh perut sulit tidur. Pasien mengatakan luka tertutup perban.

Pada pemeriksaan fisik tampak lemah dan lesu, tidak bersemangat, kesadaran kompos mentis GCS: 15 TD : 130/98 mmHg, Nadi:79x/menit, RR: 20x/ Menit, Suhu : 37, 5C. rambut tidak mudah rontok, tidak ada benjolan. Wajah tampak pucat dan lesu, mata klien terlihat simetris kiri dan kanan, kongjativa anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, reaksi pupil 2 mm/2mm, reflek cahaya positif. Hidung simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, mukosa bibir kering, tidak terdapat sariawan Abdomen distensi (+), terdapat luka bekas operasi, terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas, Tympani, bising usus (-)

Pemeriksaan laboratorium Tn R yaitu hemoglobin 14.9 d/dl, leukosit $19.57 \times 10^3/\text{mm}^3$, trombosit $349 \times 10^3/\text{mm}^3$,albumin 37 g/dL. Natrium 148 mmol/L Globulin 3.0 g/dl. Sedangkan Tn Aw Hemoglobin 13.4 g/dl, leukosit $12.53 \times 10^3 \text{ mm}$, Hematokrit 39 %, Trombosit $381 \times 10^3 \text{ mm}$,

MCV 72 fL, MCH 25 Pg, RDW-CV 13.9%, Limfosit 13 %, Monosit 13 %, Sel Patologis-, menurut penelitian Astuti nilai krisis leukosit yaitu 30.000 m³. Nilai leukosit yang tinggi disebabkan oleh leukemia, setelah menjalani operasi menunjukkan peningkatan leukosit beresiko untuk terjadinya infeksi.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada penelitian ini didapatkan diagnosis setelah dilakukan post operasi pada pasien adeno ca recti yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan, resiko infeksi b.d efek prosedur invasive.

Pada penelitian ini penulis lebih memfokuskan pada diagnosa keperawatan nyeri akut. Menurut Menurut Solehati & Rustina (2013), 75% dari pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Durasi nyeri dapat bertahan selama 24 jam sampai 48 jam, namun dapat bertahan lebih lama tergantung bagaimana klien dapat menyikapi rasa nyeri tersebut. Pemulihan operasi membutuhkan waktu lebih kurang 72,45 menit (1-1,5 jam).

3. Rencana Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan diaartikan sebagai suatu dokumen tulisan datanga dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi keperawatan merupakan metode dokumentasi, tentang asuhan keperawatan kepada klien (Nursalam,2011)

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berdasarkan SLKI yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik. Tindakan keperawatan menurut SIKI yaitu manajemen nyeri. Pada bagian tindakan

Terapeutik yaitu Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Salah satu jenis teknik relaksasi yang dapat menurunkan nyeri setelah operasi adalah teknik relaksasi genggam jari (Abdul et al., 2020). Relaksasi genggam jari yang disebut finger hold merupakan sebuah teknik relaksasi yang sudah digunakan dalam asuhan keperawatan untuk meredakan atau mengurangi intensitas nyeri pasca pembedahan (Tyas & Sadanoer, 2019). Relaksasi genggam jari merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana yang mudah dilakukan oleh siapa saja (Rifti Ekawati et al., 2022)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008) Dalam pelaksanaan implementasi Menurut (Larasati & Hidayati, 2022) teknik relaksasi genggam jari dilakukan oleh kedua partisipan yaitu selama 15 menit dengan frekuensi pelaksanaan 1 kali sehari selama 3 hari pada pasien post operasi laparotomy dapat mengurangi nyeri. Skala nyeri post operasi sebelum diberikan terapi relaksasi genggam jari sebagian besar kategori sedang, setelah diberikan menjadi kategori ringan. Sehingga intervensi ini terbukti memiliki pengaruh dalam menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi.

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semua tindakan dilaksanakan oleh peneliti, karena peneliti tidak merawat klien 24 jam, namun solusi peneliti mendelegasikan rencana tindakan rencana tersebut kepada perawat ruangan dan mahasiswa praktek magang yang berdinasi di ruangan tersebut. Untuk melihat tindakan yang dilakukan perawat ruangan peneliti melihat dan membaca buku laporan serta rekam medis elektronik yang ditulis oleh perawat yang sedang berdinasi.

Secara umum rencana masing-masing masalah keperawatan dapat dilakukan, namun tidak semua masalah teratasi sesuai dengan kriteria yang telah diharapkan.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada penelitian ini peneliti melakukan evaluasi tindakan dari tanggal 21 Mei 2023 – 25 Mei 2023 yaitu setelah dilakukan operasi laparatomi atas indikasi adeno ca recti.

Hasil evaluasi setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari terdapat penurunan intensitas nyeri pada kedua partisipan yaitu pada Tn. B setelah dilakukan operasi laparatomi hari pertama sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari intensitas nyeri yang dirasakan yaitu berskala 7 dan Tn. R skala 6 setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari didapatkan penurunan skala nyeri menjadi 4. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Larasati & Hidayati, 2022) menunjukkan pelaksanaan relaksasi genggam jari hari pertama skala nyeri dari 6 menjadi skala 5.

Pada hari kedua post laparatomi didapatkan intensitas nyeri pada Tn. B sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu 4 dan Tn. R skala nyeri 4, sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari didapatkan penurunan skala nyeri skala 3. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Larasati & Hidayati, 2022). Pelaksanaan relaksasi genggam jari pada hari ke-2 didapatkan hasil skala nyeri di pagi hari dari skala 4 menjadi skala 3. Pada hari ketiga sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari didapatkan skala nyeri pada Tn B dan Tn R yaitu 3 dan setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari terdapat penurunan skala nyeri yaitu 2. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Larasati & Hidayati, 2022) pada hari ketiga relaksasi genggam jari di dapatkan hasil skala nyeri dari skala 3 menjadi skala 2.

6. Analisis Penerapan EBN

a. Implikasi

Penerapan evidence-based nursing (EBN) merupakan salah satu dari beberapa strategi untuk memberikan outcome yang lebih baik maupun lebih efektif bagi kesembuhan pasien. EBN dalam praktik keperawatan merupakan modifikasi pemberian asuhan keperawatan

kepada pasien yang berlandaskan teori dan beberapa hasil penelitian (Malina & Rahmayunia kartika, 2020).

Jenis relaksasi genggam jari ini sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energy di dalam tubuh kita. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul repons relaksasi (Potter & Perry, 2006 dalam Safik 2018).

Menurut Indrawati & Arham (2020) Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar, maka tidak ada nyeri yang dirasakan atau nyeri menjadi menurun.

b. Keterbatasan

Pada saat proses implementasi EBN dilakukan, masih memiliki keterbatasan/kekurangan yaitu partisipan yang berada diruangan kelas III sehingga ramai dan bising, sehingga untuk fokus memikirkan hal-hal menyenangkan dan tarik nafas dalam menjadi terganggu. Namun studi ini sudah dapat memberikan gambaran umum mengenai penerapan EBN terapi genggam jari terhadap penurunan instesitas nyeri post laparatomi pada pasien adeno ca recti.

c. Rencana tindak lanjut

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini adalah dengan menganjurkan kepada keluarga dan pasien untuk melakukan terapi genggam jari secara mandiri, apabila pasien sudah berada di rumah. Sehingga dengan telah diberikannya terapi relaksasi genggam jari ini pasien ataupun keluarga diharapkan tidak ketergantungan dengan terapi farmakologis/obat-obatan sebagai pereda nyeri yang bisa dibeli di apotek tanpa resep dokter.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien Post Laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk menurunkan nyeri, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari hasil pengkajian pada kedua partisipan dengan post laparatomi pada tanggal 18 Mei dan 21 Mei 2023, pasien mengalami nyeri pada bagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk, lamanya nyeri dirasakan lebih dari 5 menit, intensitas nyeri pada partisipan 1 skala nyeri 7 dan partisipan kala nyeri 6

2. Diagnosis keperawatan yang diambil sebelum dilakukan operasi yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Diagnosis keperawatan yang diambil setelah dilakukan post laparatomi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.

3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sebelum dilakukan operasi yaitu manajemen nyeri, manajemen nutrisi, manajemen konstipasi, dan reduksi ansietas, serta Terapi Relaksasi Genggam Jari. Dalam hal ini Terapi Relaksasi Genggam Jari digunakan sebagai EBN dalam menurunkan Nyeri pada perut.

Intervensi keperawatan yang direncanakan setelah dilakukan post laparatomi yaitu manajemen nyeri, intervensi pada diagnose kedua yaitu dukungan mobilisasi, dan intervensi pada diagnose ketiga yaitu pencegahan infeksi, serta Terapi Relaksasi Genggam Jari. Dalam hal ini

Terapi Relaksasi Genggam Jari digunakan sebagai EBN dalam menurunkan Nyeri pada pasien Post Laparatomi atas indikasi Adeno Ca Recti.

4. Implementasi keperawatan berdasarkan EBN mengenai teknik relaksasi genggam jari dalam terhadap penurunan intensitas nyeri post laparatomi selama 5 hari pada kedua pasien.
5. Hasil evaluasi pasien dengan masalah nyeri akut didapatkan intensitas nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari mengalami penurunan intensitas nyeri.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah didapat, serta mengingat masih banyaknya kekurangan dan keterbatasan dalam penerapan EBN ini, maka dari itu peneliti menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Pendidikan

Karya Tulis Akhir ini diharapkan menjadi referensi dan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada pasien adeno ca recti untuk menurunkan intensitas nyeri post laparatomi.

2. Bagi Perawat

Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan alternative dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai salah satu intervensi mandiri bagi perawat khususnya untuk menangani pasien yang mengalami nyeri post laparatomi atas indikasi adeno ca recti.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Karya Tulis Akhir ini diharapkan untuk mengembangkan ukuran sampel yang lebih besar pada kasus adeno ca recti serta teknik relaksasi genggam jari lebih dimodifikasi seperti menggabungkan dengan musik agar klien tidak bosan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Darmawan, A. A., & Rihiantoro, T. (2018). Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Mobilisasi Dini Pasien Post Operasi Laparatomi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 13(1), 110-117.
- Ditya, W., Zahari, A., & Afriwardi, A. (2016). Hubungan Mobilisasi Dini dengan Proses Penyembuhan Luka pada Pasien Pasca Laparatomi di Bangsal Bedah Pria dan Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(3).
- Edi Saputra, P., Misbah, S. R., & Bau, A. S. (2020). INTERVENSI TERAPI MASSAGE TERHADAP TINGKAT NYERI PADA PASIEN POST OPERASI LAPARATOMI (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Kendari).
- Ekawati, Nia Rifti, Apri Nur Wulandari, and WiwiKustio Priliana. "Penerapan Relaksasi Genggam Jari Untuk Menurunkan Nyeri Post Operasi Laparotomi Pada Pasien Kista Cokelat Bilateral." *Nursing Update: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan* P-ISSN: 2085-5931 e-ISSN: 2623-2871 13.4 (2022): 43-50.
- Fadilah, P. N., & Astuti, P. (2016). Pengaruh teknik relaksasi hand massage terhadap nyeri pada pasien kanker payudara di yayasan kanker indonesia surabaya. *Journal of Health Sciences*, 9(2).
- Fauziah, N. (2020). *Efektivitasrelaksasi genggam jari dan relaksasi otot progresif terhadap tingkat nyeri pasien*. Poltekkes Kemenkes Malang.
- Indrawati, U., & Arham, A. H. (2020). *Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Persepsi Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur*. 18(1), 13–24.
- Kartika, I. I. (2017). *Buku Ajar Dasar-Dasar Riset Keperawatan dan Pengelolaan Data Statistik*. Trans Info Media.
- Larasati, I., & Hidayati, E. (2022). *Relaksasi genggam jari pada pasien post operasi*. 3(1).

- Ma'rifah, A. R. 2015. Efektifitas Relaksasi Genggam Jari terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Sakario invok. Artil Penarion JKA.2015;2(1): 63-67.
- Maghfuroh, L., Yelni, A., Rosmayenti, L. M., Andari, D. I., Zulfiana, E., Nurhidayah, A., Susanto, A., Rahmanindar, N., Chikmah, A. M., Harnawati, R. A., Faradillah, F., & Hidayah, S. N. (2023). *Asuhan Lansia (Makna, Identitas, Transisi dan Manajemen Kesehatan)*. Kaizen Media Publishing.
- Meihartati, T., & Sulistyorini, C. (2018). EFEKTIVITAS SLOW STROKE BACK MASSAGE TERHADAP NYERI PERINEUM DERAJAT 2 PADA IBU NIFAS 2 JAM POST PARTUM. *Jurnal Medika: Karya Ilmiah Kesehatan*, 3(2), 65-71.
- Muzaki, A., Widiyanto, B., & Yuliana, W. (2021). Literatur Review: Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Dalam Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Klien Post Appendektomy. *Nursing Science Journal*, 2(1), 39-45
- Nurhayati Nurhayati BN, M. N. S. (2019). The Quality of Discharge Teaching Perceived by Surgical Nurses Working in Public Hospitals of Indonesia. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 100-106.
- Nurhayati, N., & Madsiri, M. (2019). Managing acute pain after abdominal surgery: examples from practice. *Gastrointestinal Nursing*, 17(8), 20-25.
- Nuray i, is for aisit dis Vach and erecio Sing of patients caries in acute care hospitals. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1728-1736.
- Nurhayati, N., & Madsiri, M. (2020). Managing acute pain after abdominal surgery: examples from practice. *Journal of Prescribing Practice*, 2(2), 78-83.
- Pinandita, Purwanti dan Utoyo. (2012). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi. *Jurnal Keperawatan*. Volume 8, No 1. Stikes Muhammadiyah Gombong.
- Potter, & Perry. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep Proses dan Praktik*. EGC.
- PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

- PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Rahmayati, E., Al Asbana, Z., & Aprina, A. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Lama Perawatan Pasien Pasca Operasi di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 13(2), 195-202.
- Rizqa, H. S., & Rochmawati, E. (2023). Evidance Based Case Report (EBCR): intervensi terapi genggam jari dalam penurunan skala nyeri pada pasien post operasi laparatomi. 02(01)
- Setiana, A., & Nuraeni, R. (2018). *Riset Keperawatan*. LovRinz Publishing.
- Siyoto, S., & Sodik, M. A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Literasi Media Publishing.
- Sjamsuhidayat, & Jong, D. (2012). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. EGC.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal - Bedah Bunner & Suddath*. EGC.
- Sulung (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang Lubuk Pakam. *Jurnal Endurance*, 2(3), 397-405. <https://doi.org/10.22216/jen.v2i3.2404>
- Suryana. (2010). *ketorolac analgetik golongan Non steroid anti inflammation drugs (NASID) (Vol. 1)*. jakarta: salemba medika.
- Syamsu Hidayat, R., & Jong, W. D. (2015). *Buku ajar ilmu bedah 3rd ed., Vol. 1*. Jakarta: EGC.
- Tamsuri, A. 2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul KTA : Penerapan Terapi Non-Farmakologi "Teknik Relaksasi Genggam Jari" Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparotomi ca Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang
Nama : Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep.
NIM : 223410942

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji KTA Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Padang, 14 Juni 2023
Komisi Pembimbing


Pembimbing KTA



(Elitra, S.Kp., M. Kep)

NIP. 19640127 198703 2 002

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Nova Yanti, M. Kep., Sp.Kep.MB)

NIP. 19801023 200212 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep.

NIM : 223410942

Judul KTA : Penerapan Terapi Non-Farmakologi "Teknik Relaksasi Genggam Jari" Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Suhaimi, M.Kep.

Anggota Penguji : Ns. Sila Dewi Anggreni, M.Kep., Sp.KMB

Anggota Penguji : Efitra, S.Kp., M.Kep.









Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(Ns. Nova Yanti, M. Kep., Sp. Kep. MB)

NIP. 19801023 200212 2 002

**LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN KARYA TULIS AKHIR
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama Mahasiswa : Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep
NIM : 223410942
Pembimbing : Efitra, S.Kp., M.Kep
Judul KTA : Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Adeno Ca Recti Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Post Laparatomi Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang

Bimbingan ke	Hari/Tanggal	Uraian Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	30/3/2023	Konsul Judul KTA	
II	14/4/2023	- Konsul BAB I - Perbaiki latar belakang - Lengkapi data pendukung	
III	14/5/2023	Konsul BAB I dan II (via WAC)	
IV	22/5/2023	Konsul BAB II dan BAB III	
V	6/6/2023	Konsul BAB III dan BAB IV	
VI	9/6/2023	Konsul BAB IV dan Pembahasan Perbaiki BAB IV	
VII	12/6/2023	Konsul BAB IV dan BAB V	
VIII	14/6/2023	ACE Ujian KTA	

Catatan:

Bimbingan dengan pembimbing minimal 8 kali

Mengetahui,

Ketua Prodi Pendidikan Profesi-Ners


Ns. Nova Yanti, M.Kep. Sp.Kep.MB
NIP. 198010232002122002

**Lembar Persetujuan Responden
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

No hp :

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak resiko apapun pada responden. Setelah dijelaskan maksud penelitian ini saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Fadillah Ariesta (223410942) mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik kesehatan Kemenkes Padang dengan judul “Penerapan Terapi Non-Farmakologi “Teknik Relaksasi Genggam Jari” Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi ec Adeno Ca Recti Dengan Nyeri Di Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang Tahun 2023”.

Informasi dan data yang saya berikan adalah benar adanya sesuai dengan kenyataan, pengetahuan, dan pengalaman saya. Demikian surat ini saya tanda tangani dengan sesungguhnya sukarela dan tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

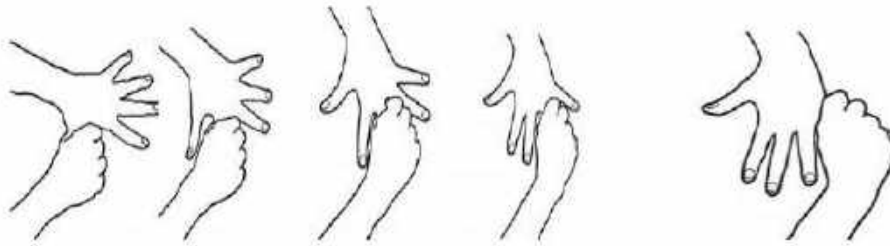
Padang, 2023

Responden

()



**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
TERAPI RELAKSASI GENGAM JARI**



OLEH :

FADILLAH ARIESTA


NIM. 223410942

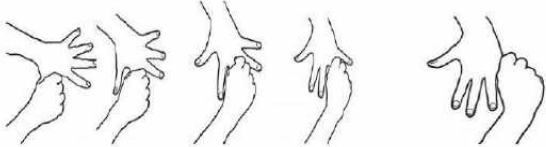
Perseptor Akademik

Perseptor Klinik

(Efitra, S.Kp., M.Kep)

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLTEKKES KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

	POLTEKKES KEMENKES PADANG
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
	TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI
Pengertian	Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Teknik genggam jari disebut juga fingerhold.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien yang mengalami nyeri 4. Pasien yang dengan kecemasan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 13. Mengurangi nyeri, takut dan cemas 14. Dapat mengurangi dan menyembuhkan ketagangan fisik dan emosi 15. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
Persiapan Pasien	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
Persiapan Lingkungan	Mengatur lingkungan yang tenang
Prosedure Pelaksanaan	<p>Waktu yang dibutuhkan untuk menjalankan dan mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu ≥ 10 menit. Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 10 menit, dapat diulang sebanyak 3 kali. Teknik relaksasi genggam jari dapat dilakukan setelah kegawatan pada pasien teratasi.</p> <p>Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mencuci tangan 5. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan 6. Perawat meminta pasien untuk merelaksasikan

	<p>pikiran kemudian motivasi pasien perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan</p> <p>16. Jelaskan rasional dan keuntungan dari Teknik relaksasi genggam jari</p> <p>17. Genggam tiap jari mulai dari ibu jari selama 2-5 menit., bisa memulai dari tangan yang manapun.</p>  <p>18. Tarik nafas dalam-dalam (ketika menarik nafas, hiruplah bersama rasa harmonis, damai, nyaman, dan kesembuhan).</p> <p>19. Hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan semua perasaan-perasaan negative dan masalah-masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi-emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita).</p> <p>20. Rasakan getaran atau rasa sakit keluar dari setiap ujung jari-jari tangan.</p> <p>21. Sekarang pikirkan perasaan-perasaan yang nyaman dan damai, sehingga anda hanya focus pada perasaan yang nyaman dan damai saja.</p> <p>22. Lakukan cara diatas beberapa kali pada jari tangan yang lainnya</p> <p>23. Dokumentasi respon pasien</p> <p>24. Mencuci tangan</p>
Sikap	<p>5. Menunjukkan sikap yang ramah dan sopan</p> <p>6. Menjamin privacy pasien</p>

	<p>7. Bekerja dengan teliti</p> <p>8. Memperlihatkan body mechanisme</p>
Evaluasi	<p>4. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan,</p> <p>5. Tanyakan apakah ada perubahan yang lebih baik dari sebelumnya (cemas berkurang, nyeri mereda, perasaan pasien lebih nyaman dan tenang)</p> <p>6. Observasi ekspresi wajah apakah masih ada tergambar perasaan kurang nyaman</p>
Sumber	<p>Larasati, Indah & Hidayati, Eni. 2022. <i>Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi</i>. Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang. Ners Muda, Vol 3 No 1, April 2022</p>

TERAPI RELAKSASI GENGGMAN JARI DALAM MENGURANGI INTENSITAS NYERI

FADILLAH ARIESTA
22341092
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS



PENGERTIAN

Sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Teknik genggam jari disebut juga fingerhold.



TUJUAN

Terapi relaksasi genggam jari sebagai pendamping terapi farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan efek analgesik sebagai terapi pereda nyeri post operasi.

MEKANISME

Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian yang terletak pada jari tangan kita.

MANFAAT



1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas
2. Mengurangi perasaan panic, khawatir dan terancam
3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
5. Melancarkan aliran dalam darah

MANFAAT JARI BAGI TUBUH



1. Jempol

Jempol bermanfaat untuk mengatasi kecemasan dan sakit kepala, gangguan limpa, dan jantung

2. Telunjuk

Telunjuk bermanfaat untuk mengurangi frustrasi, nyeri otot dan masalah ginjal.

3. Jari tengah

Jari tengah dapat menurunkan tekanan darah, masalah pada sirkulasi darah, serta jari tengah juga bermanfaat untuk menurunkan kemarahan dan kelelahan

4. Jari manis

Jari manis bermanfaat untuk menurunkan pikiran negatif serta dapat membantu masalah pencernaan dan pernafasan

5. Kelingking

Kelingking bermanfaat untuk mengurangi gugup dan stress

TAHAPAN TEKNIK GENGGRAM JARI

1. Genggam jari mulai dari ibu jari selama 1-2 menit. Anda bisa memulai dengan tangan yang manapun.

2. Tarik nafas dalam-dalam (ketika menarik nafas, hiruplah bersama rasa harmonis, damai, nyaman, dan kesembuhan)

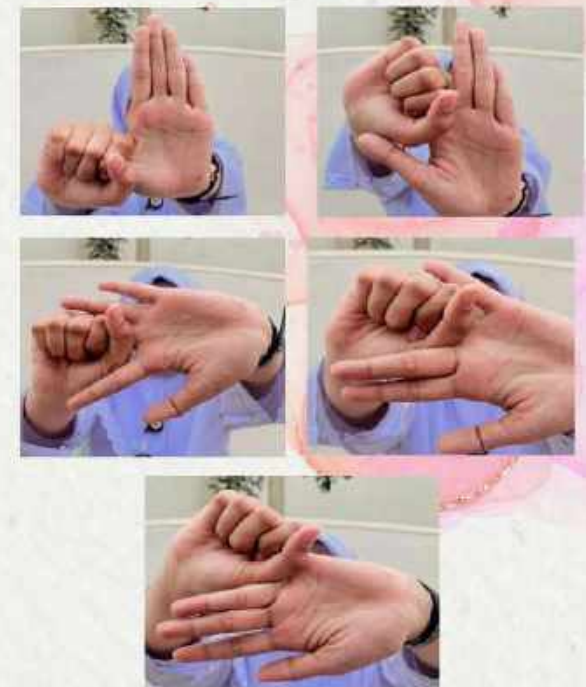


3. Hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur dan melepaskan semua perasaan-perasaan negative dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita.

4. Rasakan getaran atau rasa sakit keluar dari setiap ujung jari-jari tangan

5. Sekarang pikirkan perasaan-perasaan yang nyaman dan damai, sehingga anda hanya fokus pada perasaan yang nyaman dan damai saja

6. Lakukan cara diatas beberapa kali pada jari tangan lainnya.



ASUHAN KEPERAWATAN

KASUS 1

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Nama Pasien : Tn. B
No. RM : 01.16.56.33
Umur : 68 Tahun
Jenis Kelamin : Laki- laki
Alamat : Sungai Nyalo Pesisir Selatan
Tanggal masuk RS : 15 Mei 2023
Ruang rawatan : Bedah Pria
Tanggal pengkajian : 21 Mei 2023
Diagnosa Medis : Post Laparatomy atas indikasi Adeno Ca Recti
Alasan Masuk RS : Klien masuk ke RSUP DR. M. Djamil Padang pada tanggal 15 Mei 2023 melalui IGD. Dengan keluhan nyeri perut sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Klien juga mengeluh setiap BAB keluar darah.

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. W
Umur : 63 Tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Sungai Nyalo Pesisir Selatan
Hubungan : Istri

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Tn.B masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD pada Tanggal 15 Mei 2023 dengan keluhan Pasien mengalami

nyeri perut dan sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit dan juga mengeluh setiap BAB keluar darah.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan \pm 5 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri yang dirasakan skala 7, pasien mengeluh badan kaku untuk digerakan, mengeluh nyeri saat menggerakkan tubuh, pasien mengatakan hanya mampu menelentang pasien mengeluh belum ada buang angin, pasien mengeluh perut terasa agak kembung. pasien mengeluh demam, mengeluh sulit tidur, mengeluh mual muntah tidak ada

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi, DM, paru dan jantung. Klien mengatakan sebelumnya pernah masuk IGD RSUP Dr. M. Djamil tanggal 30 April 2023 dengan keluhan nyeri perut hilang timbul namun sering. Klien diketahui kontrol dari Poli bedah digestif RSUP Dr. M. Djamil dengan diagnosa Adeno Ca Recti. Pada tanggal 30 April juga pasien dilakukan pemeriksaan Kolonoskopi dengan hasil Scope masuk 5-6 cm, tampak massa tumbuh pada mukosa rektum memenuhi >75% lumen sehingga lumen menjadi sangat sempit, massa tampak rapuh mudah berdarah, telah dilakukan biopsi 3x pada lesi tumor. Kesimpulan dari hasil pemeriksaan kolonoskopi yaitu tumor rektum

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang sama seperti pasien. Keluarga juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, ginjal, jantung, paru, DM dan stroke

d. Pengkajian Fungsi Gordon

1) Pola persepsi dan penanganan Kesehatan

Keluarga pasien mengatakan jika pasien sakit, pasien lebih memilih untuk minum-minum herbal kemudian jika sakitnya bertambah parah maka pasien baru di bawa pergi ke pelayanan kesehatan terdekat

2) Pola Nutrisi/ Metabolisme

Sebelum dirawat dirumah sakit, pasien makan 3 kali sehari, pasien suka makan makanan gorengan, pasien tidak suka makan sayur, suka makan makanan cepat saji serta makanan pedas. Selama di rawat dirumah sakit, tidak menghabiskan makanan dan hanya separuh yang dimakan. Pasien tidak memiliki alergi makanan, Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit berat badan pasien 70 kg saat sakit 53 kg dengan tinggi 170cm adapun gambaran diet pasien dalam sehari

3) Pola eliminasi

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit BAB 1 kali pada pagi hari, warna kuning cokelat, khas feses, konsistensi padat. Pada saat sakit klien mengeluh setiap tengah malam BAB dengan konsistensi cair bercampur darah dan berlendir. Klien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK biasanya 5-6 kali/ hari dan tidak ada masalah pada BAK. Dirumah sakit pasien terpasang kateter urine, terlihat frekuensi urine 600-700cc/8 jam

4) Pola Aktivitas/Olahraga

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mampu beraktivitas seperti biasa yaitu berdagang tanpa mengalami kesulitan dan keluhan selama beraktivitas. Pasien juga mengatakan saat sehat jarang berolahraga, hanya mengandalkan dari kegiatan bertani untuk membuat tubuh bergerak. Selama sakit aktivitas klien seperti mandi, BAK dan BAB dibantu oleh keluarga. Penggunaan alat bantu tidak ada.

5) Pola Istirahat tidur

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidur pukul 23.00 wib dan bangun pada jam 05.00. pasien jarang tidur siang. Pasien jarang terbangun kecuali saat mau BAK, keluarga mengatakan pasien jarang tidur siang karena berkerja sebagai petani. Pada saat sakit, pasien dapat tertidur siang, pasien mengeluh susah tidur Karena nyeri dibagian perut. Pada malam hari pasien tertidur pukul 22.00 wib. Pasien mengeluh sering terbangun saat malam hari karna mendadak ingin BAB.

6) Pola Kognitif- Persepsi

Saat dilakukan pengkajian kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS 15. Pasien dapat merespons dengan baik. selama sakit, kemampuan mengambil keputusan terbatas. Pengambil keputusan dibantu oleh keluarga. Bahasa yang digunakan pasien yaitu bahasa Indonesia dan bahasa daerah (Minang). Kemampuan membaca dibantu kacamata dan kemampuan pendengaran pasien baik.

7) Pola Persepsi Diri/Konsep Diri

Keluarga pasien selalu menjaga dan merawat selama di rumah sakit. Pasien mengalami kecemasan karena mau dilakukan operasi. Pasien memiliki istridan anaknya yang selalu membantu dan mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan

8) Pola peran hubungan

Pasien merupakan seorang suami dan ayah. Selama sehat tidak ada masalah mengenai peran hubungan pasien terhadap keluarganya, pasien memberikan nafkah kepada istri dan anak. Selama dirawat di rumah sakit, peran pasien sebagai kepala keluarga tidak terjalankan. pasien tidak memberikah nafkah kepada anak dan istri.

9) Pola Seksualitas/reproduksi

Pasien mempunya 3 orang anak, selama sehat, keluarga mengatakan pasien tidak pernah pemeriksaan genitalia secara rutin. Untuk masalah seksual lainnya pada pasien tidak terkaji.

10) Pola Koping- Toleransi Stress

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan biasanya jika terdapat masalah, pasien selalu berbagi cerita kepada keluarga dan mendiskusikannya bersama. Keluarga mengatakan pasien tidak ada mengkonsumsi obat penghilang stress maupun alcohol. Selama sakit, pasien merasa cemas karena sakit yang diderita, klien juga cemas karena mau operasi. Klien mengatakan jadwal operasi belum keluar, klien mengatakan khawatir operasi yang akan dilakukan gagal

11) Pola Keyakinan-Nilai

Pasien beragama islam, sebelum sakit pasien tidak memiliki pantangan mengenai pengobatan dalam kepercayaan, sebelum sakit pasien sholat wajib 5 x sehari. Saat sakit pasien sulit untuk menjalankan ibadah sholat. Keluarga membantu kegiatan ibadah pasien dengan mendengarkan murrotal al-qur'an menggunakan hp

e. **Pemeriksaan Fisik**

Tanda Vital	TD :128/41 mmHg N:90x/menit S:36,7 C RR:20x/menit
Wajah	Terlihat Meringis, terlihat lemah
Kulit	Kulit terlihat pucat.
Kepala	Normocephal, rambut sedikit berubah dan tidak mudah rontok, tidak terlihat ketombe
Mata	Mata terlihat simetris, kongjutiva anemis, sclera tidak ikterik, reflex pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm
Hidung	Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengka atau pendarahan, terlihat residu berwarna hijau
Mulut	Terlihat mukosa bibir kering, gigi lengkap, lidah

	sedikit kotor
Telinga	Terihat simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada pendarahan, tidak ada serumen
Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjer getah bening, JVP 5=2 cmH20
Dada	Inspeksi : gerak dada simetris kiri dan kanan, penggunaan otot bantu tidak ada Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama Perkusi: Sonor lapang paru k iri kanan Auskultasi : Vesikuler, Wheezing-/-, Gugling (-/-)
Jantung	Inspeksi : Iktu Kordis tidak terlihat Palpasi : Iktus Kordis tidak teraba Perkusi : Redup Auskultasi : bunyi jantung lup-dup (Bunyi jantung 1/S1-Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-))
Abdomen	Inspeksi : distensi (+),asites (-) terlihat luka pada abdomen tampak ada stoma pada abdomen sebelah kiri Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani Auskultasi : bising usus (+) >34/ menit
Genitalia	Terpasang kateter no 18 , terlihat urine 700cc
Ekstremitas	Ekstremitas Atas: Akral teraba hangat, CRT <2 detik, tidak ada edema, terpasang IVFD tutosol 20x tetes/ menit di tangan sebelah kanan, Ekstremitas bawah : Akral teraba hangat, CRT < 2 detik, tidak teraba edema, tidak ada varises

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan :

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
------------------	-------	--------	---------

Hemoglobin	11.7	g/ dL	13,0- 16,0
Leukosit	10.22	$10^3/\text{mm}^3$	5,0- 10,0
Hematokrit	37	%	40,0- 48,0
Trombosit	446	$10^3/\text{mm}^3$	150- 400
MCV	74	fL	82,0- 92,0
MCH	23	Pg	27,0- 31,0
MCHC	32	%	32,0- 36,0
RDW-CV	18,3	%	11,5- 14,5
Natrium	130	mmol/L	136- 145
Kalium	4.4	mmol/L	3,5- 5,1
Klorida	104	mmol/L	97- 111
Total Protein	6,7	g/dL	6,6-8,7
Albumin	3,4	g/dL	3,8-5,0

2) Pemeriksaan Diagnostik

- Pemeriksaan Colonoscopy (30/4/2023)

Pemeriksaan Kolonoskopi dengan hasil Scope masuk 5-6 cm, tampak massa tumbuh pada mukosa rektum memenuhi >75% lumen sehingga lumen menjadi sangat sempit, massa tampak rapuh mudah berdarah, telah dilakukan biopsi 3x pada lesi tumor. Kesimpulan dari hasil pemeriksaan kolonoskopi yaitu tumor rektum.

- Pemeriksaan Radiologi (11/4/2023)

Pemeriksaan CT Scan Abdomen dengan kontras oral dan anal dengan potongan axial, coronal, sagital, dengan gambaran sebagai berikut:

Hepar : bentuk dan ukuran normal, dengan tepi rata dan sudut lancip. Densitas isodens, homogen. Tidak tampak pelebaran sistem biliar. SOL (-), Asites (-)

Tidak tampak efusi pleura.

Pankreas : besar dan bentuk normal, tidak tampak SOL maupun kalsifikasi.

Lien : bentuk dan ukuran normal, dengan densitas isodens, homogen.

Aorta abdominal : kaliber normal, tidak tampak pembesaran KGB para aorta abdominal, inguinal dan illaka.

Gall blader : bentuk dan ukuran normal, dinding tidak menebal, dan tidak tampak gambaran batu.

Ginjal : bentuk dan ukuran normal, tidak tampak pembesaran calices, tidak tampak gambaran batu maupun lesi patologi lainnya.

Vesica urinaria : bentuk dan ukuran normal, dinding reguler dan tidak menebal. Tidak tampak gambaran batu.

Distribusi usus merata dan tidak melebar.

Rectum : tampak gambaran massa dengan tepi/batas tidak tegas dan irreguler dan menyempitkan lumen rectum bagian distal.

Tidak tampak infiltras ke dinding Vesica urinaria

Os. Dan pelvis intak, tidak tampak bone destruksi

Kesan : Carcinoma Recti (letak rendah)

g. Program Pengobatan

- 1) Diet : MC 6x50 cc
- 2) Obat Injeksi :
 - a) IVFD RL/8 jam
 - b) Ceftriaxone 2x1 gr
 - c) Ranitidine 50mg/12 jam
 - d) ketorolac 30mg/8jam
 - e) metoklopramid 3x1
- 3) Obat Oral : paracetamol 3x500mg

2. Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	<p>DS: pasien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan \pm 5 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri yang dirasakan skala 7, pasien mengeluh badan kaku untuk digerakan, mengeluh nyeri saat menggerakkan tubuh, dan sulit tidur karna nyeri</p> <p>DO: TD :128/41 mmHg N:90x/menit S:36,7 C RR:20x/menit Pasien tampak gelisah Wajah terlihat meringis Sulit tidur</p>	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut
2	<p>DS: Pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, mengeluh badan kaku untuk melakukan pergerakan</p> <p>DO : terlihat pasien nyeri saat melakukan pergerakan</p> <p>Terlihat lemah</p>	Nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik
3	<p>DS : pasien mengeluh demam, mengatakan luka tertutup perban, mengeluh keluar cairan dari luka</p> <p>DO : Terlihat Luka tertutup perban, leukosit $19.57 \times 10^3/\text{mm}^3$, TD :128/41 mmHg N:90x/menit S:36,7 C RR:20x/menit</p>	Efek prosedur invasif	Resiko Infeksi

3. Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

4. Rencana Keperawatan

No	SDKI	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik	SIKI :manajemen nyeri (I.08238). Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor efek samping penggunaan analgesik. Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri: teknik relaksasi genggam jari, • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, • Fasilitasi istirahat dan tidur, • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgesik

2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun	<p>Dukungan mobilisasi (L.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya dengan pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukan pergerakan • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek procedure infasif	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, vesikel membusuk, cairan berbau busuk menurun, drainase purule menurun, piuria menurun, periode menggigil menurun, kadar</p>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi :</p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada daerah edema • Cuci tangan dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko

	sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur sputum membaik, kultur area luka membaik, kultur feses membaik	Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan
--	--	--

5. Implementasi & Evaluasi

Implementasi	Evaluasi
<p>Tanggal : 21 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>7. Mengukur tanda-tanda vital TD: 140/88 mmHg, N:89x/menit, S:37,6 RR:20x/menit</p> <p>8. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 7, Identifikasi skala nyeri</p> <p>9. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>10. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>11. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac. Oral: Paracetamol</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 4 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin mengeluh</p> <p>O : terlihat meringis, TTV TD:135/71 mmHg N:74x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan : Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac oral : Paracetamol</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan</p> <p>1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri</p> <p>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</p> <p>4. menjelaskan kepada pasien resiko</p>	<p>S: pasien mengatakan nyeri untuk melakukan pergerakan,</p> <p>O : terlihat nyeri saat melakukan pergerakan, Tidak mau melakukan pergerakan</p> <p>A: Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri,</p>

<p>jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</p> <p>5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>	<p>menganjurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi, menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>
<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi: terlihat perban kotor, kemerahan tidak ada 2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang 3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan 6. Malakukan perawatan luka post operasi 	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, pasien mengatakan demam tidak ada</p> <p>O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien</p> <p>TTV TD:130/87 mmHg,</p> <p>N:78x/menit</p> <p>suhu:37,5</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>leukosit $19.57 \cdot 10^3/\text{mm}^3$</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</p> <p>Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</p> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>
<p>Tanggal : 22 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 135/71 mmHg, N:79x/menit S:37,3 RR:20x/menit 8. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 5, Identifikasi skala nyeri 9. melihat respons nyeri non verbal 10. memberikan teknik relaksasi genggam jari 11. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan memberikan terapi injeksi Ranitidine, 	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut berkurang nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 4 mengeluh perut terasa kembung,</p> <p>O : terlihat meringis,</p> <p>TTV TD:130/87 mmHg,</p> <p>N:78x/menit</p> <p>suhu:37,5 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi</p>

Ceftriaxone, caterolac oral: Paracetamol	Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri 3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan 4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi 5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri 	<p>S: pasien mengatakan miring kanan dan miring kiri O : terlihat nyeri saat melakukan pergerakan, terlihat klien melakukan miring kanan miring kiri Tidak mau melakukan pergerakan A: Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri, mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi, menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>
<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi: terlihat perban kotor, kemerahan tidak ada 2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang 3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan 6. Melakukan perawatan luka post operasi 	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut berkurang ,pasien mengatakan demam tidak ada O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien, luka tertutup perban A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan Malakukan perawatan luka post operasi</p>
<p>Tanggal : 23 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Mengukur tanda-tanda vital TD: 128/88 mmhg, N:89x/menit, S:37,5 RR:20x/menit 	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 2 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin mengeluh</p>

<p>8. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 3, Identifikasi skala nyeri</p> <p>9. Melihat respons nyeri non verbal</p> <p>10. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>11. Mengajarkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>12. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac. Oral Paracetamol</p>	<p>O : terlihat meringis berkurang TTV TD:127/87 mmHg, N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit A : Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, menyarankan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac oral Paracetamol</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Mengajarkan pasien untuk banyak melakukan pergerakan</p> <p>3. Mengajarkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</p> <p>4. Menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</p> <p>5. Mengajarkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>	<p>S: pasien mengatakan nyeri untuk melakukan pergerakan, pasien sudah belajar duduk O : terlihat nyeri saat melakukan pergerakan, terlihat pasien duduk dengan bantuan tempat tidur Tidak mau melakukan pergerakan A: Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, menyarankan pasien untuk miring kanan dan miring kiri, mengajarkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi, menyarankan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>
<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <p>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</p> <p>2. Mengajarkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</p> <p>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</p> <p>4. Mengajarkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak</p>	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, pasien mengatakan demam tidak ada O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien, tidak ada kemerahan luka tertutup perban A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi Mengajarkan keluarga untuk menunggu</p>

<p>dengan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan 6. Malakukan perawatan luka post operasi 	<p>pasien 1 orang</p> <p>Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</p> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>
<p>Tanggal : 24 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vitaltd: 141/88 mmhg, N:89x/menit,S:38,5 RR:20x/menit 2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri 3. Melihat respons nyeri non verbal 4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan 6. Memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol 	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 5 mengeluh perut terasa kembung, keluarga mengatakan pasien muntah, keluarga mengatakan pasien demam berkurang</p> <p>O : terlihat meringis berkurang TTV TD:142/87 mmHg, N:98x/menit,suhu:37,5, terlihat perut distensi RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, , menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. menganjurkan pasien untuk banyak melakukan pergerakan 3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan 4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi 5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri 	<p>S: pasien mengatakan nyeri untuk melakukan pergerakan, pasien mengatakan sudah miring kanan dan miring kiri</p> <p>O : terlihat nyeri saat melakukan pergerakan, terlihat pasien miring kanan dan kiri dengan bantuan tempat pagar tempat tidur</p> <p>Tidak mau melakukan pergerakan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <p>mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri, mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan</p>

	pergerakan setelah operasi, menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri
<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi 2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang 3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan 6. Malakukan perawatan luka post operasi 	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, mengeluh demam tidak ada</p> <p>O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien, tidak ada kemerahan luka tertutup perban</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</p> <p>Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</p> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>
<p>Tanggal : 25 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 92/88 mmHg, N:89x/menit, S:38,5 RR:34 x/menit 2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri 3. melihat respons nyeri non verbal 4. memberikan teknik relaksasi genggam jari 5. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan 6. memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac 3x30 mg, Metronidazol 3x500, terapi oral paracetamol 	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 4 mengeluh perut terasa kembung, keluarga mengatakan pasien muntah, keluarga mengatakan pasien demam berkurang</p> <p>O : terlihat meringis berkurang TTV TD:142/87 mmHg, N:98x/menit, suhu:37,5, terlihat perut distensi</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, , menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac 3x30 mg, Metronidazol 3x500, terapi oral paracetamol</p>

<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. menganjurkan pasien untuk banyak melakukan pergerakan 3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan 4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi 5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri 	<p>S: Pasien penurunan kesadaran</p> <p>O:Tampak penurunan kesadaran</p> <p>Keadaan umum : berat</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Pasien Rencana OK CITO, kolaborasi dokter booking ruang ICU</p>
<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi 2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang 3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan 6. Malakukan perawatan luka post operasi 	<p>S: Pasien penurunan kesadaran</p> <p>O:Tampak penurunan kesadaran</p> <p>Keadaan umum : berat</p> <p>TD : 110/87 mmHG, N: 78x/menit, S: 37,8 mmHg, N: 24x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Pasien Rencana OK CITO, kolaborasi dokter booking ruang ICU</p>

KASUS 2

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. R
No. RM : 01.16.68.86
Umur : 55 Tahun
Jenis Kelamin : Laki- laki
Alamat : Dusun Alai Amping Parak Kab. Pesisir Selatan
Tanggal masuk RS : 16 Mei 2023
Ruang rawatan : Bedah Pria
Tanggal pengkajian : 21 Mei 2023
Diagnosa Medis : Post Laparatomy atas indikasi Adeno Ca Recti
Alasan Masuk RS : Tn.R masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD pada Tanggal 16 Mei 2023 dengan Pasien mengeluh nyeri dibagian anus sejak 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. P
Umur : 53 Tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Dusun Alai Amping Parak Kab. Pesisir Selatan
Hubungan : Istri

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Tn.R masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD pada Tanggal 16 Mei 2023 dengan Pasien mengeluh nyeri dibagian anus sejak 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut, bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terlilit, nyeri dirasakan ± 1 menit, pasien mengeluh nyeri hilang timbul, pasien mengeluh intensitas nyeri yang dirasakan skala 6, pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengatakan ada kembung pada perut, mengatakan sudah ada buang angin, buang air besar belum ada.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak ada mempunyai riwayat penyakit kronis seperti ginjal, hipertensi, DM, paru dan jantung.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang saat ini seperti pasien. Keluarga juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM dan stroke

d. Pengkajian Fungsi Gordon

1) Pola persepsi dan penanganan Kesehatan

Keluarga pasien mengatakan jika pasien sakit, pasien lebih memilih membeli obat di apotek jika demam dan flu serta suka minum-minum herbal kemudian jika sakitnya bertambah parah maka pasien baru di bawa pergi ke pelayanan kesehatan terdekat

2) Pola Nutrisi/Metabolisme

Sebelum dirawat di rumah sakit, pasien makan 3 kali sehari, pasien suka makan makanan gorengan, makanan yang bersantan, pasien suka makan cemilan, pasien suka makan sayur seperti kangkung, bayam, suka makan makanan cepat saji serta makanan pedas. Selama di rawat di rumah sakit, klien mendapat makanan cair. Pasien tidak memiliki alergi makanan, Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit berat badan pasien 60 kg saat sakit 45 kg dengan tinggi 160cm adapun gambaran diet pasien dalam sehari.

3) Pola eliminasi

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit BAB 1 kali pada pagi hari, warna kuning cokelat, khas feses, konsistensi padat, pada saat sakit klien mengeluh bab sedikit sedikit seperti kotoran kambing sebelum masuk RS, selama di RS tidak ada BAB Klien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK biasanya 5-6 kali/ hari dan tidak ada masalah pada BAK. Dirumah sakit pasien tidak menggunakan kateter hanya menggunakan pampers untuk BAK, terlihat frekuensi urine 6600-700cc/8 jam

4) Pola Aktivitas/Olahraga

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mampu beraktivitas seperti biasa yaitu berdagang tanpa mengalami kesulitan dan keluhan selama beraktivitas. Pasien juga mengatakan saat sehat jarang berolahraga. Selama sakit aktivitas klien seperti mandi, BAK dan BAB dibantu oleh keluarga. Penggunaan alat bantu tidak ada.

5) Pola Istirahat tidur

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidur pukul 22.00 wib dan bangun pada jam 05.00. pasien jarang tidur siang. Pasien jarang terbangun kecuali saat mau BAK, keluarga mengatakan pasien jarang tidur siang karena berkerja sebagai petani.

Pada saat sakit, pasien dapat tertidur siang, pasien mengeluh susah tidur Karena nyeri dibagian perut dan tumit yang bengkak. Pada malam hari pasien tertidur pukul 22.00 wib. Pasien mengeluh sering terbangun saat malam hari

6) Pola Kognitif- Persepsi

Saat dilakukan pengkajian kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS 15. Pasien dapat merespons dengan baik. selama sakit, kemampuan mengambil keputusan terbatas. Pengambil keputusan dibantu oleh keluarga. Bahasa yang digunakan pasien yaitu bahasa Indonesia dan bahasa daerah (Minang). Kemampuan membaca dan pendengaran pasien baik.

7) Pola Persepsi Diri/Konsep Diri

Keluarga pasien selalu menjaga dan merawat selama di rumah sakit. Pasien mengalami kecemasan karena mau dilakukan operasi. Pasien memiliki istri dan anaknya yang selalu membantu dan mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan

8) Pola peran hubungan

Pasien merupakan seorang suami dan ayah. Selama sehat tidak ada masalah mengenai peran hubungan pasien terhadap keluarganya, pasien memberikan nafkah kepada istri dan anak. Selama dirawat di rumah sakit, peran pasien sebagai kepala keluarga tidak terlaksana. Pasien tidak memberikah nafkah kepada anak dan istri.

9) Pola Seksualitas/reproduksi

Pasien mempunyai 5 orang anak, selama sehat, keluarga mengatakan pasien tidak pernah pemeriksaan genitalia secara rutin. Untuk masalah seksual lainnya pada pasien tidak terkaji

10) Pola Koping- Toleransi Stress

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan biasanya jika terdapat masalah, pasien selalu berbagi cerita kepada keluarga dan mendiskusikannya bersama. Keluarga mengatakan pasien tidak ada mengkonsumsi obat penghilang stress maupun alcohol.

Selama sakit, pasien merasa cemas karena sakit yang diderita, klien juga cemas karena mau operasi. Klien mengatakan jadwal operasi belum keluar, klien mengatakan khawatir operasi yang akan dilakukan gagal.

11) Pola Keyakinan-Nilai

Pasien beragama islam, sebelum sakit pasien tidak memiliki pantangan mengenai pengobatan dalam kepercayaan, sebelum sakit pasien sholat wajib 5 x sehari. Saat sakit pasien sulit untuk menjalankan ibadah sholat.

e. Pemeriksaan Fisik

Tanda Vital:

TD :117/42 mmHg

N:89 x/menit

S:37,4 c

RR:19x/menit

Kulit: Kulit terlihat pucat.

Kepala: Normocephal, rambut sedikit berubah dan tidak mudah rontok, tidak terlihat ketombe

Mata: Mata terlihat simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm

Hidung: Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkakan atau pendarahan,

Mulut: Terlihat mukosa bibir kering, gigi lengkap, lidah sedikit kotor

Telinga: Terlihat simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada pendarahan, tidak ada serumen

Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjer getah bening, JVP 5=2 cmH₂O

Dada:

Inspeksi : gerak dada simetris kiri dan kanan, penggunaan otot bantu tidak ada

Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama

Perkusi: Sonor lapang paru kiri kanan

Auskultasi : Vesikuler, Wheezing-/-, Gugling (-/-)

Jantung:

Inspeksi : Iktu Kordis tidak terlihat

Palpasi : Iktus Kordis tidak teraba

Perkusi : Pekak

Auskultasi : bunyi jantung lup-dup (Bunyi jantung1/S1-Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-)

Abdomen :

Inspeksi : tampak ada stoma pada abdomen sebelah kiri. distensi (+),
asites (-)

Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas

Perkusi : Tympani

Auskultasi : bising usus normal(+)

Genitalia : Terpasang kateter no 18 , terlihat urine 650cc

Ekstremitas

Ekstremitas Atas : akral teraba hangat, CRT<2 detik, tidak ada edema,
terpasang IVFD Tutosol 20 tetes/ menit di tangan sebelah kiri.

Ekstremitas Bawah : akral teraba hangat, CRT<2detik, tidak ada edema,
tidak ada varises

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

Tanggal :

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan
Hemoglobin	13.4	g/dL
Leukosit	12.53	10³/mm³
Hematokrit	39	%
Trombosit	381	10 ³ /mm ³
MCV	72	fL
MCH	25	Pg
RDW-CV	12.9	%
Ureum Darah	45	mg/dL
Kreatinin Darah	0.8	mg/dL
Gula Darah puasa	164	mg/dL

2) Pemeriksaan radiologi

Tanggal : 15 Mei 2023

Kesimpulan hasil pemeriksaan : tumor rectum yang meluas ke mesorectal fascia prostat, anus dan sebagian musculus gleteus bilateral. Umfadenopati perirectal kiri.

g. Program Pengobatan

IVFD: Asering 500cc/8 jam

Injeksi:

- Ceftriaxone 2x1 gr
- Ketorolac 3x30 mg
- Ranitidene 2x50 mg

Oral:

- Paracetamol 3x500 mg

2. Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
<p>DS: pasien mengeluh nyeri di bagian perut, bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terlilit, nyeri dirasakan \pm1 menit, pasien mengeluh nyeri hilang timbul, pasien mengeluh intensitas nyeri yang dirasakan skala 6, pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengeluh susah tidur karna nyeri yang dirasakan</p> <p>DO: TD :117/42 mmHg N:89 x/menit S:37,4 c RR:19x/menit Wajah terlihat meringis Pasien tampak gelisah Sulit tidur</p>	<p>Agen Pencedera Fisik</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>DS: Pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, mengeluh badan kaku untuk melakukan pergerakan DO : terlihat pasien nyeri saat melakukan pergerakan Terlihat lemah</p>	<p>Nyeri</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>
<p>DS : pasien mengeluh demam, mengatakan luka tertutup perban DO : Terlihat Luka tertutup perban, leukosit $12.53 \times 10^3/\text{mm}^3$, 147/81 mmHg, N:87x/menit, S:38,,7c, RR:20 x/menit,</p>	<p>Efek prosedur invasif</p>	<p>Resiko Infeksi</p>

3. Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

4. Rencana Keperawatan

No	SDKI	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik	<p>SIKI :manajemen nyeri (I.08238).</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor efek samping penggunaan analgesik. <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri: teknik relaksasi genggam jari, • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, • Fasilitasi istirahat dan tidur, • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan

			<p>nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgesic</p>
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya dengan pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukan pergerakan • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek procedure infasif	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan</p>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada daerah edema • Cuci tangan dan sesudah kontak

	menurun, nyeri menurun, vesikel membusuk, cairan berbau busuk menurun, drainase purule menurun, piuria menurun, periode menggigil menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur sputum membaik, kultur area luka membaik, kultur feses membaik	<p>dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan
--	---	--

5. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi	Evaluasi
<p>Tanggal : 21 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/88 mmHg, N:79x/menit, S:37,6 RR:20x/menit 2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri 3. Melihat respons nyeri non verbal 4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan 6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac. Oral: Paracetamol 	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 4, mengeluh sudah ada buang angin</p> <p>O : terlihat meringis, , TTV TD:132/875mmHg N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac. Oral: Paracetamol</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan</p>	<p>S: pasien mengatakan sudah melakukan miring kanan miring kiri, klien juga mengeluh nyeri saat</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri 3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan 4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi 5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri 	<p>melakukan pergerakan</p> <p>O : terlihat pasien melakukan miring kanan miring</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri, mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi, menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>
<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi 2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang 3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan 6. Malakukan perawatan luka post operasi 	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, pasien mengatakan demam tidak ada</p> <p>O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien</p> <p>leukosit $12.53 \times 10^3/\text{mm}^3$</p> <p>TTV TD:132/875mmHg, N:78x/menit, suhu:37,5</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</p> <p>Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</p> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>
<p>Tanggal : 22 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital: 128/88 mmhg, N:79x/menit, S:37,5 RR:20x/menit 2. Menanyakan lokasi, karakteristik, 	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 4, mengeluh sudah ada buang angin</p> <p>O : terlihat meringis, ,</p> <p>TTV TD:136/875mmHg</p> <p>N:78x/menit</p>

<p>durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 5, Identifikasi skala nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melihat respons nyeri non verbal 4. Memberikan teknik relaksasi genggam jari 5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan 6. Memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac oral: Paracetamol 	<p>suhu:37,5 RR:20x/menit A : Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan Mengukur tanda-tanda, menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan, memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac, oral: Paracetamol</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri 3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan 4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi 5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri 	<p>S: pasien mengatakan sudah melakukan miring kanan miring kiri,sudah mulai duduk klien juga mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan O : terlihat pasien melakukan miring kanan miring A: Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri, mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi, menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>
<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi: terlihat perban kotor,kemerahan tidak ada 2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang 3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 5. Menganjurkan keluarga untuk 	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, berkurang pasien mengatakan demam tidak ada. O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien A: masalah terasi P: intervensi dihentikan Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi, Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang, Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien, Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien, Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</p>

merapikan ruangan 6. Malakukan perawatan luka post operasi	Malakukan perawatan luka post operasi
Tanggal : 23 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis 1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 130/88 mmHg, N:79x/menit,S:37,6 RR:20x/menit 2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 3 Identifikasi skala nyeri 3. melihat respons nyeri non verbal 4. memberikan teknik relaksasi genggam jari 5. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan 6. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral : Paracetamol	S: klien mengeluh nyeri dibagian perut berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 3, mengatakan sudah BAB. Pasien mengatakan pulang hari ini O : terlihat meringis, , TTV TD:128/875mmHg, N:78x/menit suhu:37,5 RR:20x/menit A : Masalah belum teratasi P: intervensi dihentikan
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri 1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. menganjurkan pasien untuk banyak melakukan pergerakan 3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan 4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi	S: pasien mengatakan sudah duduk-duduk tanpa bantuan tempat tidur O : terlihat pasien pasien sudah duduk-duduk A: Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri, mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi, menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri
Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif 1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi 2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang 3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien	S: pasien mengatakan nyeri berkurang pada bagian perut,pasien mengatakan demam tidak ada. O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan

<ol style="list-style-type: none">4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan6. Melakukan perawatan luka post operasi	<p>Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi, Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang, Mencuci tangan dan sesudah kontak dengan pasien, Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien, Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan. Melakukan perawatan luka post operasi</p>
--	--

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Fadillah Ariesta, S.Tr.Kep.
NIM : 223410942
Tempat / Tanggal Lahir : Solok / 13 April 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Kewarganegaraan / Suku : Indonesia / Chaniago
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
Nama Orang Tua
Ayah : Erizal Deswandi R.
Ibu : Rosmi Yendra, S. Pd. SD
Alamat : Jl. Telaga Biruhun No.39 RT001/RW005,
Kelurahan Simpang Rumbio, Kecamatan Lubuk
Sikarah, Kota Solok
No. Hp / Email : 081270570720 / fadillahariesta02@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1	TK Pertiwi Kota Solok	2005
2	SD N 13 Simpang Rumbio Kota Solok	2011
3	SMP N 2 Kota Solok	2014
4	SMA N 2 Kota Solok	2017
5	Sarjana Terapan Keperawatan – Ners, Poltekkes Kemenkes Padang	2022
6	Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang	2023