

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI DALAM  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ILEUS OBSTRUKSI  
UNTUK MENURUNKAN INTENSITAS NYERI POST  
LAPAROSKOPI DI RUANG BEDAH PRIA  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**



**OLEH:**

**YOHANA MAYLANDA, S. Tr.Kep**  
**NIM: 223410964**

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

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI DALAM  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ILEUS OBSTRUKSI  
UNTUK MENURUNKAN INTENSITAS NYERI POST  
LAPAROSKOPI DI RUANG BEDAH PRIA  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**

Diajukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik  
Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Sebagai Persyaratan  
Dalam Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners



Oleh

**YOHANA MAYLANDA, S. Tr.Kep**  
**NIM: 223410964**

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


## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ileus Obstruksi Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Post Laparoskopi Di Ruang Bedah Pria RSUP Dr.M. Djamil Padang  
Nama : Yohana Maylanda, S.Tr.Kep  
NIM : 223410964

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

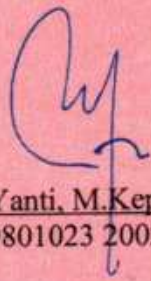
Padang, 15 Juni 2023

Komisi Pembimbing



(Ns. Netti, M.Pd.M.Kep)  
NIP. 19651017 198903 2 001

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



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

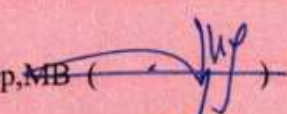
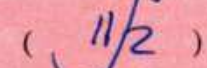

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Yohana Maylanda, S.Tr.Kep  
NIM : 223410964  
Judul KTA : Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ileus Obstruksi Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Post Laparoskopi Di Ruang Bedah Pria RSUP Dr.M. Djamil Padang

Telah berhadil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

### DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji :Ns. Yosi Suryarinilsih.M.Kep.,Sp.Kep,MB (  )  
Anggota Penguji :Efitra, S.Kp,M.Kep (  )  
Anggota Penguji : Ns. Netti, M.Pd,M.Kep (  )

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

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

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yohana Maylanda. S.Tr.Kep  
Tempat/tanggal lahir : Painan, 22 Mei 2000  
Alamat : Jalan Kampung Luar Salido  
Status keluarga : Belum Menikah  
No.telp/HP : 082173245155  
*E-mail* : yohanamaylanda1999@gmail.com

### Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus	Tempat
1.	SD	2012	SD N 07 PASAR SALIDO
2.	SMP	2015	SMP N 2 PAINAN
3.	SMA	2018	SMA N 1 PAINAN
4.	S.Tr.Kep	2022	POLTEKKES KEMENKES PADANG
5.	Ners	2023	POLTEKKES KEMENKES PADANG

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap : Yohana Maylanda. S.Tr.Kep  
NIM : 223410964  
Tanggal lahir : Painan, 22 Mei 2000  
Tahun masuk Profesi : 2022  
Nama PA : Ns. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes  
Nama Pembimbing KTA : Ns. Netti, M.Pd,M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir Ilmiah saya, yang berjudul : Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ileus Obstruksi Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Post Laparoscopi Di Ruang Bedah Pria RSUP Dr.M. Djamil 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,13 Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan

Yohana Maylanda

NIM.223410964

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-nya saya dapat menyelesaikan karya tulis akhir ini dengan judul “Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ileus Obstruksi Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Post Laparoskopi Di Ruang Bedah Pria RSUP Dr.M. Djamil Padang.” Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan skripsi ini tanpa bantuan dan bimbingan Ibu Ns.Netti, M.Pd,M.Kep selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan skripsi. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati,S.Kp.M.Kep,SpJ selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Tasman, S.Kp M.Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Ibu Ns. Nova Yanti, M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku ketua Program Studi pendidikan profesi ners Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
5. Teristimewa kepada orangtua dan saudara yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
6. Sahabat yang telah memberikan support dan nasehat yang membantu dalam menyelesaikan karya skripsi ini.
7. Rekan-rekan seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan karya tulis akhir ini.

Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Padang, Juni 2023

Peneliti



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

**Karya Tulis Akhir, Juni 2023  
Yohana Maylanda, S.Tr.Kep**

**Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Dalam Asuhan Keperawatan  
Pada Pasien Ileus Obstruksi Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Post  
Laparoskopi Di Ruang Bedah Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang**

Isi :

**ABSTRAK**

Nyeri pada prosedur laparoskopi bersifat singkat namun memiliki intensitas yang tinggi. Mengatasi nyeri diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri melalui cara farmakologi dan nonfarmakologi. teknik relaksasi yang dapat menurunkan nyeri setelah operasi adalah teknik relaksasi genggam jari. hasil observasi dan wawancara beberapa perawat teknik relaksasi genggam jari belum diterapkan di ruang Bedah Pria RSUP Dr.M.Djamil Padang. Penelitian ini bertujuan untuk menerapkan teknik relaksasi genggam jari untuk menurunkan intensitas nyeri post laparoskopi.

Desain penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional deskriptif berupa laporan kasus (*case report*). Waktu penelitian dari 15 Mei sampai 3 Juni 2023 . populasi semua pasien ileus obstruksi yang dilakukan laparoskopi di ruangan bedah pria RSUP Dr.M Djamil Padang. Sampel berjumlah 2 orang

Hasil penerapan menunjukkan terdapat penurunan intensitas nyeri yaitu sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu 7-6 dan sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu 5-3

Saran penelitian ini teknik relaksasi genggam jari dapat dijadikan salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk menurunkan intensitas nyeri post laparoskopi.

**Kata Kunci :Nyeri,Genggam Jari,Laparoskopi  
Daftar Pustaka : 49 (2016-2023)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan .....	5
D. Manfaat .....	6
BAB II TINJAUAN LITERATUR.....	8
A. Konsep Dasar Ileus Obstruksi.....	8
B. Konsep Dasar Laparoscopi .....	14
C. Konsep Dasar Nyeri .....	15
D. Konsep Dasar Genggam Jari.....	21
E. Konsep dasar Asuhan Keperawatan Pada Ileus Obstruksi.....	23
F. Evidence- Based Nursing (EBN) .....	33
BAB III METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR.....	39
A. Metodologi Penyusunan.....	39
B. Alur Penyusunan .....	39
C. Tempat dan Waktu Pengambilan Kasus .....	40
D. Populasi dan Sampel .....	40
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data .....	41
F. Pengolahan dan Analisis Data.....	43

G. Etika Penelitian .....	46
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	48
A. Hasil .....	48
B. Pembahasan.....	59
BAB V PENUTUP.....	66
A. Kesimpulan .....	66
B. Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA .....	68

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pengaruh globalisasi di segala bidang baik pendidikan, teknologi, dan industri membawa banyak perubahan perilaku, lingkungan dan gaya hidup masyarakat seperti menyukai makanan cepat saji serta kurangnya aktivitas fisik, serta lingkungan yang kotor. Perubahan tersebut memberi pengaruh pada perubahan epidemiologi yaitu beban penyakit ganda dengan meningkatnya penyakit menular dan penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular yaitu penyakit digestif atau penyakit saluran pencernaan (Wahyudi et al., 2020)

Penyakit saluran pencernaan salah satunya adalah ileus obstruksi. Ileus obstruksi merupakan suatu kondisi terjadinya penyumbatan mekanik pada aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Intestinal *obstruction* terjadi ketika isi usus tidak dapat melewati saluran gastrointestinal (Diyono, 2021). Akibat adanya kelainan didalam lumen usus, dinding usus atau benda asing diluar usus yang menekan, serta kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang menyebabkan nekrosis segmen usus.(Wahyudi et al., 2020)

Menurut World Health Organization tahun 2020 didapatkan data penyakit saluran cerna tergolong 10 besar penyakit penyebab kematian di dunia. Indonesia menempati urutan ke 107 dalam jumlah kematian yang disebabkan oleh penyakit saluran cerna, yaitu 39,3 jiwa per 100.000 jiwa. Indonesia menduduki peringkat ke 3 penyakit saluran cerna menyebabkan kematian di tahun 2018. Menurut Wahyudi (Wahyudi et al., 2020) usia yang banyak mengalami ileus obstruksi pada usia dewasa dan sering terjadi pada laki-laki sebanyak 63,7%

Ileus obstruksi dapat disebabkan oleh lesi ekstrinsik seperti adhesi, hernia pancreas annulare, malrotasi, volvulus, karsinoma serta penyebab lainnya.

Sementara lesi intrinsik seperti interstinal divertikel, *crohn's disease*, *tuberculosis*, *neoplasma*, *intusepsi*, *parasite* serta benda asing (Ardhiansyah, 2021). Penyebab ileus obstruksi berbeda antara negara maju dan negara berkembang. Di negara maju penyebab ileus obstruksi adalah adhesi 65-75%, hernia 10-20 %, keganasan 10-20%, Crohn's disease 5% dan volvulus 3 %. Sedangkan penyebab terbanyak di negara berkembang adalah hernia 30-40%, adhesi 30%, tuberculosis 10 % , keganasan *Crohn's disease*, Volvulus, dan infeksi parasite (Ardhiansyah, 2021). Tanda dan gejala ileus obstruksi yaitu distensi abdomen, perut penuh, gas, sakit perut, sembelit (Konstipasi) atau diare, ketidakmampuan untuk mengeluarkan gas, muntah, kram dan nyeri abdomen. Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada kasus ileus obstruksi diantaranya tindakan operasi laparotomi dan operasi laparoscopi (Vilz et al., 2017).

Menurut WHO dikutip dari Satriana (2020) Tindakan operasi mencapai 1,2 juta jiwa dan diperkirakan 32% diantaranya merupakan tindakan bedah laparoscopi. Laparoscopi merupakan operasi yang dilakukan di perut atau panggul menggunakan sayatan kecil dengan bantuan kamera (Sabry & Adriansyah, 2023).

Menurut Krishnakumar & Tambe, (2019) dilakukan survey terhadap komplikasi pasca laparoscopi di Amerika Serikat sekitar 37.000 atau 0,16% mengalami cedera usus yang tidak diketahui saat prosedur operasi akibatnya terjadinya peritonitis serta nyeri hebat. Nyeri pada prosedur laparoscopi bersifat singkat namun memiliki intensitas yang tinggi, dengan keluhan nyeri maksimal terdapat pada 2 jam pertama setelah pembedahan dan puncak nyeri dapat dirasakan 24 jam pasca bedah (Rehatta, 2019)

Pada pasca pembedahan (pasca operasi) pasien merasakan nyeri hebat dan 75% pasien mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Tarwiyah et al., 2022). Nyeri

Merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan. Nyeri setelah operasi merupakan nyeri akut yang secara serius mengancam proses penyembuhan pasien. Nyeri yang dialami setelah pembedahan menghambat kemampuan pasien untuk terlibat aktif dan meningkatkan risiko komplikasi akibat immobilisasi. Rehabilitasi dapat tertunda dan hospitalisasi menjadi lama jika nyeri tidak bisa dikontrol. 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)

Mengatasi nyeri diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri melalui cara farmakologi dan nonfarmakologi (Indrawati & Arham, 2020). Menurut Smeltzer & Bare, 2015 dalam (Abdul et al., 2020) pereda nyeri farmakologi yang dikenal dengan analgesic dibedakan menjadi tiga kategori yakni golongan *opioid*, *non-opioid*, dan *anesthetic*. 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 nonfarmakologi 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)

Menggenggam jari sambil mengatur nafas (Relaksasi) dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energy meridian yang terletak pada ujung-ujung jari. Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara spontan pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan gelombang listrik menuju otak yang akan diterima dan diproses secara cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga penyumbatan di jalur energy menjadi lancar (Abdul et al., 2020)

Penelitian yang dilakukan oleh Rifti Ekawati et al.,(2022) tentang penerapan relaksasi genggam jari untuk menurunkan nyeri operasi laparatomi pada pasien kista cokelat bilateral di RS Yogyakarta didapatkan hasil penerapan terapi relaksasi genggam jari dapat menurunkan skala nyeri pasien post operasi laparatomi, yakni dari nyeri sedang skala 5 menjadi nyeri ringan skala 2

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Tyas & Sadanoer (2019) tentang Pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunann tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesare didapatkan adanya pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunann tingkat nyeri pada pasien post operasi section caesare diruang rawatan kebidanan RSUD Pariaman.

Penelitian yang dilakukan oleh Abdul et al., (2020) tentang pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi appendictomi di ruang Irna III RSUD P3 Gerung Lombok Barat didapatkan hasil adanya pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi appendictomi.

Setelah dilakukan survey awal di ruangan bedah pria menurut buku laporan perawat didapatkan jumlah pasien ileus obstruksi dengan laparoskopi sebanyak 23 orang dari tanggal 1 April 2023 sampai 3 Juni 2023.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti telah menyusun laporan ilmiah akhir tentang penerapan teknik relaksasi genggam jari dalam asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruksi Untuk menurunkan intensitas nyeri post Laparoskopi di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil padang

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana penerapan teknik relaksasi genggam jari dalam asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruksi Untuk menurunkan intensitas nyeri post Laparoskopi di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil padang?

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Karya tulis akhir ini bertujuan mengaplikasikan penerapan teknik relaksasi genggam jari dalam asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruksi Untuk menurunkan intensitas nyeri post Laparoskopi di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil padang

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu melaksanakan pengkajian komprehensif pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intensitas nyeri post laparoskopi di ruang Rawat Inap Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang
- b. Mampu menegakkan diagnose keperawatan pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intensitas nyeri post laparaskopi di ruang Rawat Inap Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang
- c. Mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari



untuk penurunan intesitas nyeri post laparaskopi di Ruang Rawat Inap Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

- d. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intesitas nyeri post laparaskopi di ruang Rawat Inap Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang
- e. Mampu mendokumentasikan evaluasi keperawatan pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intesitas nyeri post laparaskopi di ruang Rawat Inap Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

#### **D. Manfaat**

##### 1. Manfaat Aplikatif

Penulisan karya tulis akhir ini dapat memberikan informasi/wawancara dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan tentang penurunan intesitas nyeri post laparaskopi pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari

##### 2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

###### a. Bagi intansi pendidikan

Dapat dijadikan bahan referensi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intesitas nyeri post laparaskopi

###### b. Bagi rumah sakit

Dapat bermanfaat dan menjadi acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intesitas nyeri post laparaskopi

###### c. Bagi penulis

Dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intensitas nyeri post laparaskopi

## **BAB II**

### **TINJAUN LITERATUR**

#### **A. Konsep Dasar Ileus Obstruksi**

##### **1. Pengertian Ileus Obstruksi**

Ileus obstruktif adalah suatu keadaan dimana isi lumen saluran cerna tidak dapat disalurkan ke distal karena adanya sumbatan atau hambatan mekanik yang disebabkan kelainan dalam lumen usus, dinding usus atau luar usus yang menekan atau kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang menyebabkan nekrose segmen usus (Wahyudi et al., 2020)

##### **2. Etiologi Ileus Obstruksi**

Menurut Nurwidiyanti et al., (2022) penyebab ileus obstruksi sebagai berikut :

- a. Lesi ekstrinsik (Ekstraluminal) yaitu yang disebabkan oleh adhesi (postoperative), hernia (inguinal, femoral, umbilical), neoplasma(karsinoma), dan abses intraabdominal
- b. Lesi Intrinsik yaitu di dalam dinding usus, biasanya terjadi karena kelainan kongenital (malrotasi), inflamai (Chron's disease, diverticulitis, neoplasma, traumatic, dan intususepsi)
- c. Obstruksi menutup (intaluminal) yaitu penyebabnya dapat berada didalam usus, misalna benda asing, batu empedu

Sedangkan menurut Ardhiansyah (2021) obstruksi usus sebab mekanik sebagai berikut :

- a. Akibat lesi ekstrinsik seperti adhesi, hernia, pancreas, annulare, malrotasi, volvulus, karsinoma, dan lain-lain
- b. Akibat lesi intrinsik seperti atresi interstinal, divertikel Meckel, Chrons disease, tuberculosis, neoplasma, intususepsi, parasite, benda asing, gallstone, dan lain-lain

### 3. Klasifikasi ileus obstruksi

Klasifikasi ileus obstruksi menurut Nurwidiyanti et al.,(2022) sebagai berikut :

- a. Menurut sifat sumbatan dapat dibagi menjadi 2 bagian,yaitu:
  - 1) Obstruksi biasa (Simple Obstruction) yaitu penyumbatan mekanis didalam lumen usus tanpa gangguan pembuluh darah, antara lain karena atresia usus dan neoplasma
  - 2) Obstruksi strangulasi yaitu penyumbatan di dalam lumen usus disertai oklusi pembuluh darah seperti hernia strangulasi, intusussepsi,adhesi, dan volvulus
- b. Menurut letak sumbatan  
Menurut letak sumbatannya Menurut letak sumbatannya, maka ileus obstruktif dibagi menjadi 2 antara lain :
  - 1) Obstruksi tinggi, bila mengenai usus halus
  - 2) Obstruksi rendah, bila mengenai usus besar
- c. Menurut stadium  
Menurut stadiumnya Ileus obstruktif dapat dibedakan menjadi 3 berdasarkan stadiumnya, antara lain :
  - 1) Obstruksi sebagian parsial (partial obstruction) : obstruksi terjadi sebagian sehingga makanan masih bias sedikit lewat dapat flatus dan defikasi sedikit
  - 2) Obstruksi sederhana (simple obstruction) : obstruksi / sumbatan yang tidak disertai terjepitnya pembuluh darah (tidak disertai gangguan aliran darah).
  - 3) Obstruksi strangulasi (strangulated obstruction) : obstruksi disertai dengan terjepitnya pembuluh darah sehingga terjadi iskemia yang akan berakhir dengan nekrosis atau gangrene

### 4. Patofisiologi ileus Obstruksi

Mengalirnya makanan dan cairan melintasi saluran cerna memerlukan peristalsis terpadu serta ukuran lumen yang memadai. Gangguan peristalsis dan penyempitan intrinsik atau ekstrinsik lumen dapat

menimbulkan gejala serupa, yaitu muntah, distensi abdomen, flatus atau tinja. Gangguan peristalsis, seperti pada ileus paralitik atau dismotilitas usus, dianggap sebagai disfungsi fungsional, sementara penyempitan lumen oleh sebab apa pun dianggap sebagai obstruksi mekanis. Obstruksi intralumen dapat terjadi karena mekonium yang terjadi padat pada neonates, isi usus pada pasien dengan fibrosis kistik, atau bazoar bahan *organic* atau *inorganic* yang ditelan oleh pasien kelainan neurologik (Bernstein, 2017)

Setelah obstruksi terjadi obstruksi usus menyebabkan penimbunan sekresi dan cairan isi lumen usus, dinding usus, dan rongga peritorium. Kehilangan cairan mungkin signifikan dan terdiri atas kehilangan melalui kompartemen eksternal. Pada banyak jenis obstruksi usus, khususnya jika obstruksinya komplek, aliran darah ke usus akan terganggu. Pada awalnya hal ini disebabkan karena bendungan ven, tetapi dapat berlanjut menjadi insufisiensi arteri disertai nekrosis usus dan, jika tidak diatasi dalam beberapa jam, perforasi. Tanpa gangguan aliran darah sekalipun, obstruksi usus tidak diatasi menimbulkan dilatasi usus progresif dan kehilangan cairan (Bernstein, 2017)

## 5. Tanda dan gejala

Menurut Nurwidiyanti et al., (2022) terdapat lima tanda dan gejala ileus obstruktif yaitu :

- a. Mekanik sederhana-usus halus atas Kolik (kram) pada abdomen pertengahan sampai ke atas, distensi, muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.
- b. Mekanik sederhana-usus halus bawah Kolik (kram) Signifikasi midabdomen distensi, muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.
- c. Mekanik sederhana-kolon Kram (abdomen tengah sampai bawah), distensi yang muncul terakhir, kemudian terjadi muntah (fekulen), peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.

- d. Obstruksi mekanik parsial Dapat terjadi Bersama granulomatosa usus pada penyakit Crohn. Gejalanya kram nyeri abdomen, distensi ringan.
- e. Strangulasi Gejala berkembang dengan cepat : nyeri hebat, terus menerus dan terkola;isis, distensi sedang, muntah persisten, biasanya bising usus menurun dan nyeri 11 tekan terkolalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi gelap atau berdarah atau mengandung darah sama.

#### 6. Penatalaksanaan ileus obstruksi

Menurut Nurwidiyanti et al., (2022). Penatalaksanaan pasien dengan ileus obstruktif sebagai berikut:

##### a. Pengobatan konservatif

Apabila tidak ada perbaikan dengan pengobatan konservatif (dengan pemasangan NGT, infus, oksigen dan kateter).

##### b. Operasi

Operasi dapat dilakukan bila sudah tercapai rehidrasi dan organ-organ vital berfungsi secara memuaskan. Tetapi yang paling sering dilakukan adalah pembedahan sesegera mungkin. Tindakan bedah dilakukan bila :

- 1) Strangulasi
- 2) Obstruksi lengkap
- 3) Hernia inkarserata

##### a) Pre operasi

Pipa lambung harus dipasang untuk mengurangi muntah, mencegah aspirasi dan mengurangi distensi abdomen (dekompresi). Pasien dipuasakan, kemudian dilakukan juga resusitasi cairan dan elektrolit untuk perbaikan keadaan umum. Setelah keadaan optimum tercapai barulah dilakukan laparatomi dan laparoscopi

b) Pasca bedah

Pengobatan pasca bedah sangat penting terutama dalam penatalaksanaan nyeri dan dalam hal cairan dan elektrolit.

Kita harus mencegah terjadinya gagal ginjal dan harus

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan bukti adanya mekanik ileus, khususnya untuk mendengarkan bising usus yang intensif. Kerusakan usus akan dapat menyebabkan kelumpuhan tanpa aktivitas peristaltik. Gambaran ini bisa menjadi tidak spesifik jika ileus berada di fase lanjut, maka dari itu dibutuhkan pemeriksaan lebih lanjut antara lain:

a. Tes laboratorium

Bertujuan untuk mengetahui apakah ada gangguan cairan, elektrolit, dan asam basa. Tidak ada tes laboratorium secara khusus untuk penilaian ileus obstruktif dengan iskemia usus yang menyertainya. Tes ini hanya berkonsentrasi pada prokalsitonin yang tampak dengan nilai diatas 0,57 ng/mL memprediksi iskemia usus dengan probabilitas 83% sedangkan nilai bawah 0,57 ng/mL dengan mengesampingkan probabilitas 91%. Selain itu juga dibutuhkan tes analisis gas darah, dan fungsi ginjal ( apakah ada kemungkinan menunjukkan gagal ginjal akibat perpindahan cairan) (Vilz et al., 2017)

b. Ultrasonografi (USG) abdomen

Ultrasonografi menjadi sarana yang berguna untuk mendeteksi cairan bebas atau hernia inkarserata, hal ini kurang penting dalam mengevaluasi ileus, karena utilitas terhalangi udara di dalam perut yang membuncit (Vilz et al., 2017)

c. Foto polos abdomen

Foto polos atau pemeriksaan radiologi bertujuan untuk melihat letak dan bagaimana kondisi kelainan pada abdomen salah satunya ileus obstruktif. Foto polos sangat direkomendasikan karena dengan hal itu maka posisi usus yang mengalami gangguan dapat diketahui.

Foto polos dapat dilakukan dengan 3 posisi Antero Posterior (AP/ berdiri/ terlentang), Antero Posterior Semi Erect setengah duduk), dan Left lateral decubitus (LLD/ tidur miring) (Vilz et al., 2017)

d. CT Scan (Computed Tomography Scan)

Digunakan untuk menentukan diagnosa dari obstruksi strangulasi dan mengetahui penyebab dari abdominal akut lain, jika ada temuan radiologi lain yang tidak jelas. Selain itu juga digunakan untuk membedakan penyebab ileus obstruktif usus halus yaitu penyebab ekstrinsik ( seperti hernia dan adhesi). Obstruksi pada CT scan ditandai dengan diameter usus sekitar 2,5 cm di bagian proksimal menjadi bagian yang kolaps dengan diameter kurang dari 1 cm (Vilz et al., 2017)

## 8. Komplikasi

Menurut Smith et al., (2023) komplikasi ileus obstruksi sebagai berikut :

- a. Abses intraabdominal
- b. Keracunan darah
- c. Dehiscence luka
- d. Aspirasi
- e. Sindrom usus pendek
- f. Radang paru-paru
- g. Perforasi usus
- h. Kegagalan pernapasan
- i. Kebocoran anastomosis
- j. Gagal ginjal
- k. Kematian

Komplikasi ileus obstruksi adalah perforasi. Adanya peningkatan tekanan dapat menyebabkan iskemia pada dinding intestinal yang dapat menyebabkan perforasi intestinal dan menyebabkan peritonitis. Gejala mual muntah yang berat dapat menyebabkan dehidrasi hingga syok hipovolemik (Nurwidiyanti et al., 2022)



## **B. Konsep Dasar Laparoscopi**

### **1. Pengertian Laparoscopi**

Laparoscopi merupakan operasi yang dilakukan di perut atau panggul menggunakan sayatan kecil dengan bantuan kamera (Sabry & Adriansyah, 2023). Laparoscopi adalah instrument bedah menggunakan sayatan kecil di perut atau panggul yang dilengkapi kamera fiber-optik sehingga memungkinkan ahli bedah untuk melihat organ dalam secara langsung melalui monitor (Rahmatulah, 2019)

### **2. Indikasi Laparoscopi**

Indikasi yang dilakukan tindakan laparoscopi yaitu appendiksitis, pankreatitis, kista ovarium, kanker tuba falopi, kanker hati, kanker lambung, kanker kolon, kanker kandug kemih, mioma uteri, peritonitis, trauma abdomen, pendarahan abdomen, dan ileus obstruksi (Rahmatulah, 2019) .

### **3. Komplikasi Post Laparoscopi**

Komplikasi yang dapat terjadi pada sistem respirasi setelah dilakukan laparoscopi yaitu emfisema subkutan, pneumotoraks, peneumomediastinum, peneumokardium, dan emboli gas. Komplikasi pada kardiovaskular yaitu aritmia, bradikardi, dan asistol. operasi laparoscopi memiliki resiko komplikasi terjadi cedera visera dan cedera vascular. Cedera sistem gastrointestinal dan abses subhepatik dapat menyebabkan sepsis. (Rehatta & Hanindito, 2019)

Menurut Nuraeni & Wianti (2021) komplikasi yang mungkin terjadi setelah pembedahan laparoscopi yaitu :

#### **a. Syok**

Tidak memadainya oksigenasi selular yang disertai dengan ketidakmampuan untuk mengekspresikan produk metabolisme

#### **b. Hemoragi**

Timbul karena terlepas atau usaha penghentian darah kurang sempurna

- c. Gangguan saluran kemih yaitu retensio urine, infeksi saluran kemih, distensi abdomen
- d. Infeksi  
Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah *Staphylococcus aureus*
- e. Terbukannya luka operasi eviserasi  
Eviserasi adalah keluarnya organ-organ dalam insisi. Faktor penyebab eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah
- f. Tromboflebitis  
Tromboflebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar timbul bila darah lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak
- g. Nyeri

### **C. Konsep Dasar Nyeri**

#### **1. Pengertian Nyeri**

Nyeri adalah rasa indrawi dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi kerusakan jaringan (Bachtiar, 2022)

#### **2. Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri Menurut Bachtiar (2022) ada beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi individu terhadap nyeri seperti :

##### **a. Usia**

Usia merupakan hal yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Contohnya anak kecil dan orang dewasa berbeda

memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri

b. Jenis kelamin

Pria dan wanita berbeda secara signifikan dalam merespons terhadap nyeri, beberapa budaya menganggap bahwa anak laki-laki lebih tahan terhadap nyeri dibandingkan dengan anak perempuan.

c. Makna nyeri

Makna nyeri pada seseorang memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri

d. Lokasi dan tingkat keparahan

Nyeri yang dirasakan setiap individu bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu, ada yang seperti tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar, dan lain-lain

e. Kecemasan

Kecemasan yang dirasakan seseorang sering meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat meningkatkan persepsi ansietas

f. Kelelahan

Kelelahan atau kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu

g. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri yang dirasakan oleh individu sebelumnya akan mudah dalam menghadapi nyeri pada masa yang mendatang

### 3. Klasifikasi nyeri

Menurut Setyawati (2020) nyeri diklasifikasi nyeri secara umum yaitu :

#### a. Nyeri akut

Nyeri akut dihubungkan dengan kerusakan jaringan dan durasi yang terbatas setelah nosiseptor kembali ke ambang batas resting stimulus istirahat

#### b. Nyeri kronik

nyeri kronik berlangsung dalam waktu lama lebih dari 3 bulan, menetap walaupun penyebab awalnya sudah sembuh dan seringkali tidak ditemukan penyebab pastinya

#### c. Nyeri kanker atau nyeri malignat

Nyeri ini berhubungan dengan tumor malignat. Tumor menyusup ke dalam jaringan sehat dan menekan saraf atau pembuluh darah dan menyebabkan nyeri. Nyeri ini dapat berhubungan dengan prosedur invase atau treatment tertentu

### 4. Proses Terjadinya nyeri

#### a. Transduksi

Transduksi merupakan proses dimana suatu stimulus dirubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimulus ini dapat berupa stimulus fisik (tekanan), suhu (panas) atau kimia (substansi nyeri). Terjadi perubahan patofisiologi karena mediator-mediator nyeri mempengaruhi juga nosiseptor diluar daerah trauma sehingga lingkaran nyeri meluas

#### b. Transmisi

Transmisi merupakan proses penyampaian impuls nyeri dari nosiseptor saraf perifer melewati korda dorsalis dari spinalis menuju korteks serebri. Transmisi sepanjang akson berlangsung karena proses polarisasi, sedangkan dari neuron presinapske pasca sinaps melewati neurotransmitter

c. Persepsi

Persepsi adalah proses terakhir saat stimulasi tersebut sudah mencapai korteks sehingga mencapai tingkat kesadaran, selanjutnya diterjemahkan dan tindak lanjut berupa tanggapan terhadap nyeri tersebut

d. Modulasi

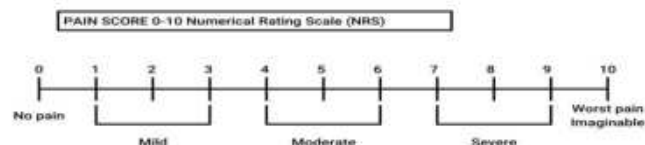
Modulasi adalah proses modifikasi terhadap rangsang. Modifikasi ini dapat terjadi pada sepanjang titik dari sejak transmisi pertama sampai ke korteks serebri (Setiana & Nuraeni, 2021)

5. Penilaian respons intensitas nyeri

Menurut Alam (2020) Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri. Penilaian respons intensitas nyeri sebagai berikut:

a. Numerical Rating Scale (NRS)

Numerical Rating Scale digunakan sebagai alat pendeskripsi kata. Skala yang paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



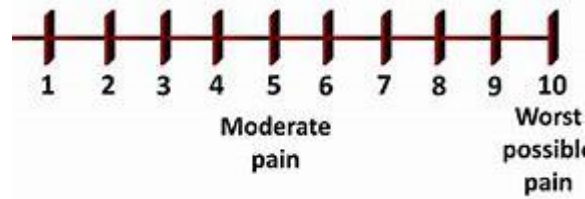
## Keterangan :

- 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. Visual Analog Scale (VAS)

Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak

banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi

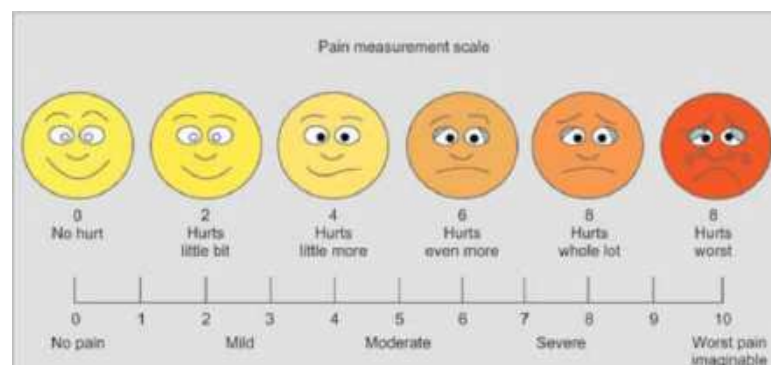


c. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

d. Wong Baker Pain Rating

Scale Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.



## **D. Konsep Dasar Genggam Jari**

### **1. Pengertian**

Genggam jari atau finger hold merupakan sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana yang mudah dilakukan oleh siapa saja (Abdul et al., 2020). Teknik relaksasi genggam jari adalah satu teknik relaksasi serta cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Saat merasakan perasaan yang berlebihan, aliran energy dalam tubuh menjadi tersumbat dan tertahan sehingga menghasilkan rasa nyeri. Disepanjang jari jari tangan terdapat saluran atau meridian energy yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Dengan memegang setiap jari sambil bernafas dalam-dalam dapat memperlancar aliran energy emosional (Tyas & Sadanoer, 2019)

### **2. Manfaat Genggam Jari**

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

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

### **3. Manfaat jari terhadap tubuh**

#### **a. 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. 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. Kelingking

Kelingking bermanfaat untuk mengurangi gugup dan stress  
(Setiana & Nuraeni, 2021)

4. Prosedur Teknik Genggam Jari

Pemberian teknik relaksasi genggam jari dilakukan 2 kali dalam sehari selama 20 menit, waktu pelaksanaannya 7-8 jam sebelum pemberian analgetik atau 4 jam minimal setelah diberikan analgetik atau pagi hari dan siang hari

Menurut (Setiana & Nuraeni, 2021) prosedur teknik relaksasi genggam jari sebagai berikut :

- a. Jelaskan tindakan dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan pada pasien serta menyatakan kesediannya
- b. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- c. Siapkan lingkungan yang tenang
- d. Meminta pasien untuk merilekskan pikiran dan memotivasi pasien
- e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
- f. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang

- g. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata
- h. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, kemudian jari telunjuk, jari tengah, jari manis, dan jarring kelingking dengan waktu yang sama
- i. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dngan lembut
- j. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur
- k. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan
- l. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran
- m. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari
- n. Dokumentasikan respon pasien

## **E. Konsep dasar Asuhan Keperawatan Pada Ileus Obstruksi**

### 1. Pengkajian

pengkajian asuhan keperawatan pada ileus obstruksi sebagai berikut :

- a. Biodata pasien dan penanggungjawab, meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, suku, status, pernikahan dan sebagainya
- b. Keluhan utama : Pada umumnya akan ditemukan pasien merasakan nyeri pada abdomennya bersifat terusmenerus, demam, nyeri tekan lepas, abdomen tegang dan kaku
- c. Riwayat kesehatan sekarang : mengungkapkan hal-hal yang meyebabkan pasien mencari pertolongan, dikaji dengan menggunakan pendekatan PQRST  
 P : paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri  
 Q : Kualitas/Kuantitas yaitu frekuensi dan lamanya keluhan

dirasakan, deskripsi sifat nyeri

R : Regio/tempat yakni lokasi sumber dan penyebarannya

S : Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T : Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan

d. Riwayat kesehatan dahulu

Dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit sistem pencernaan atau pernah operasi sistem pencernaan.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah dalam anggota keluarga tersebut ada yang mengalami penyakit sama dengan klien

f. Pola keseharian

Pola nutrisi (konsumsi makanan dan minum keseharian yang dapat mempengaruhi penyakit tersebut), pola aktivitas (pekerjaan sehari yang dilakukan oleh klien), pola eliminasi (keluhan terjadinya konstipasi atau tidak, warna, frekuensi, tekstur).

g. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien meliputi tingkat kesadaran, penampilan secara umum, ekspresi wajah saat dilakukan pengkajian, dan tanda-tanda vital. Pada abdomen saat dilakukan inspeksi terlihat membuncit karena adanya kelebihan cairan pada usus akibat adanya penyumbatan lumen usus. Kolik abdomen dapat terlihat sebagai gerakan usus atau kejang usus. Setelah dilakukan pembedahan akan ditemukan luka sayatan dan terdapat bekas jahitan. Palpasi pada abdomen teraba keras, adanya nyeri tekan akibat dari tumpukan dan pembengkakan atau massa yang abnormal, distensi abdomen. Selain adanya nyeri tekan pada penumpukan isi lumen juga terdapat nyeri tekan pasca pembedahan. Perkusi adanya hipertimpani, pada gejala permulaan obstruksi adalah adanya perubahan kebiasaan buang air besar berupa obstipasi dan kembung disertai kolik diperut bagian bawah. Saat dilakukan auskultasi maka terdengar bising usus

lebih dari 12x per menit, hiperperistaltis terdengar jelas dan tinggi secara berkala yang akan disertai mual dan muntah

## 2. Diagnosa

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 silia, 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, imununosupresi, lymphedema, leukositopenia, gangguan fungsi hati.

## 3. Intervensi

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Keperawatan**

NO	SDKI	SLKI	SIKI
	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan nyeri menurun,</li> <li>2. meringis menurun,</li> <li>3. sikap protektif menurun,</li> <li>4. gelisah menurun,</li> <li>5. kesulitan tidur menurun,</li> <li>6. perasaan takut mengalami cedera berulang menurun,</li> <li>7. anoreksia menurun,</li> <li>8. muntah menurun,</li> <li>9. mual menurun,</li> <li>10. frekuensi nadi membaik,</li> <li>11. pola napas membaik,</li> <li>12. tekanan darah membaik,</li> <li>13. Nafsu makan membaik</li> <li>14. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>manajemen nyeri ( I.08238).</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri,</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal,</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri,</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri,</li> <li>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>7. Monitor efek samping penggunaan analgesik.</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri,</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri,</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri,</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian anagesik, jika perlu</li> </ol>

2	Defisit nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot menguyah meningkat</li> <li>3. Kekuatan otot menelan meningkat</li> <li>4. Serum albumin meningkat</li> <li>5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</li> <li>6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat</li> <li>7. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</li> <li>8. Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>9. Nyeri abdomen menurun</li> <li>10. Rambut rontok menurun</li> <li>11. Diare menurun</li> <li>12. Berat badan membaik</li> <li>13. Indeks massa tubuh membaik</li> <li>14. Frekuensi makan membaik</li> <li>15. Nafsu makanan membaik</li> <li>16. Bising usus membaik</li> <li>17. Tebal lipatan kulit trisep membaik</li> <li>18. Membrane mukosa membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>3. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>6. Berikan suplemen makanan jika perlu</li> <li>7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajukan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makana</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kaloru dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu</li> </ol>
---	-----------------	---	---



	<p>Konstipasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kontrol pengeluaran feses meningkat,</li> <li>2. keluhan defekasi lama dan sulit menurun,</li> <li>3. mengejan saat defekasi menurun,</li> <li>4. distensi abdomen menurun,</li> <li>5. terasa massa pada rektal menurun,</li> <li>6. urgency menurun,</li> <li>7. nyeri abdomen menurun,</li> <li>8. kram abdomen menurun,</li> <li>9. konsistensi feses membaik,</li> <li>10. frekuensi defekasi membaik,</li> <li>11. peristaltic usus membaik.</li> </ol>	<p>Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar</li> <li>2. identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal</li> <li>3. monitor buang air besar (Misalnya warna, frekuensi, konsistensi, volume)</li> <li>4. monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. berikan air hangat setelah makan</li> <li>2. jadwalkan waktu defekasi bersama pasien</li> <li>3. sediakan makanan tinggi serat</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus</li> <li>2. anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses</li> <li>3. anjurkan meningkatkan aktifitas fisik sesuai toleransi</li> <li>4. anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas</li> <li>5. anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi</li> </ol> <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kolaborasi pemberian obat supositoria, jika perlu</li> </ol> <p>Manajemen Konstipasi 1.04155</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala</li> <li>2. Periksa pergerakan usus,</li> </ol>
--	-------------------	--	--

			<p>karakteristik feses,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi faktor resiko konstipasi</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala rupture usus dan atau peritonitis</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan diet tinggi serat,</li> <li>2. Lakukan masase abdomen, jika perlu,</li> <li>3. Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu</li> <li>4. berikan enema atau inigasi, jika perlu.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan,</li> <li>2. Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi,</li> <li>3. Latih buang air besar secara teratur</li> <li>4. Ajarkan cara mengatasi konstipasi impaksi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi penggunaan obat pencahar</li> </ol>
--	--	--	---

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti, 2017). Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangi

dampak atau respon yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Zaidin Ali, 2014)

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti, 2017).

## **F. 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 dirumah 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 penelitian ini yaitu 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 genggam jari, nyeri, laparaskopi

### **3. Analisa 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 relkasasi 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 :

Metode Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4
Nama Penulis	Nia Rifti Ekawati, Apri Nur Wulandari, Wiwi Kustio Priliana	Tarwiyah, Maulani, Rasyidah	Dina Ayuning Tyas, Ira Maulina	Abdul Hayat, Ernawati, Maelina Ariyanti
Tahun Jurnal	2022	2022	2019	2020
P	<p>Endometriosis dapat dilakukan dengan tindakan laparotomi. Laparotomi merupakan tindakan pembedahan dengan cara membuka rongga abdomen melalui sayatan. Salah satu masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien post laparotomi adalah nyeri yang hebat atau nyeri akut.</p> <p>Populasi pada penelitian ini 1 orang yang mengalami kista coklat</p>	<p>Pasca bedah adalah suatu tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasive dengan membuka bagian tubuh yang akan ditangani dengan membuat sayatan dan diakhiri dengan penutupan serta penjahitan luka. Luka tersebut dapat menghasilkan suatu trauma bagi penderita dan menimbulkan keluhan nyeri</p> <p>Populasi dalam penelitian adalah seluruh pasien post operasi di RSUD Raden Mattaher Jambi dengan jumlah sample sebanyak 36 responden.</p>	<p>Section caesarea merupakan pengeluaran janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (Histerektomi). Nyeri pasca bedah akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologis ibu post partum</p> <p>Sample pada penelitian ini adalah pasien post operasi scyang masih mengalami nyeri, terdiri atas 2 kelompok yaitu 20 responden kelompok kasus dan 20 responden kelompok kontrol.</p>	<p>Apendiksitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Dermawan &amp; rahayuningsih, 2010). Apendiks vermiformis yang disebut pula umbai cacing atau lebih dikenal dengan nama usus buntu, merupakan kantung kecil yang buntu dan melekat pada sekum. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan tindakan bedah kedaruratan, Apabila tidak di tangani dengan benar, penyakit ini hampir selalu</p>

				berakibat fata. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien post appendectomy di ruang Irna III RSUD P3 Gerung Lombok Barat selama satu tahun terakhir yaitu tahun 2018 dengan jumlah populasi 142 sampel pada penelitian ini sebanyak 19 responden
I	Intervensi yang diberikan yaitu teknik relaksasi genggam jari untuk menurunkan nyeri post operasi laparatomi pada pasien kista coklat bilateral, intervensi dilaksanakan selama 2 hari pemberian intervensi dilaksanakan 2 kali sehari yaitu 4 jam setelah diberikan obat analgesic	Intervensi yang diberikan yaitu teknik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien post operasi. Intervensi dilakukan selama 20 menit	Intervensi yang diberikan pada penelitian ini yaitu teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi section caesare	Intervensi yang diberikan pada penelitian ini yaitu teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post appendectomy
C	Perbandingan penelitian ini dari hari pertama dan hari kedua dibuktikan dengan skala nyeri pada pelaksanaan relaksasi genggam jari hari pertama skala nyeri dari 5 menjadi skala 4.	Penelitian yang dilakukan oleh (Sulung., 2017) tentang tehnik relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada pasien post appendektomi dengan skala nyeri sebelum	Dalam penelitian ini diketahui bahwa nyeri yang dirasakan pada kelompok kasus setelah diberikannya teknik relaksasi genggam	Tidak ada jurnal perbandingan pada penelitian ini

	<p>Pelaksanaan relaksasi genggam jari pada hari ke-2 didapatkan hasil skala nyeri di pagi hari dari skala 4 menjadi skala 3. Dan pada siang hari setelah dilakukan kembali relaksasi genggam jari di dapatkan hasil skala nyeri dari skala 3 menjadi skala 2. Sehingga dapat dikatakan nyeri yang dirasakan klien menurun, dari tingkat nyeri sedang menjadi tingkat nyeri ringan</p>	<p>diberikan intervensi 4-6. Setelah dilakukan perlakuan didapatkan hasil 3-5. Maka dapat disimpulkan pada penelitian ini bahwa setelah dilakukan intervensi skala nyeri pada pasien post appendiktomi tampak berpengaruh dalam menurunkan skala nyeri. Penelitian (Pinandita, 2012) yang meneliti tentang skala nyeri setelah diberikan tehnik relaksasi genggam jari skala nyeri yang dirasakan pasien dari skala nyeri pada pre test dengan hasil 6,64 dan post test 4,88. Hasil penelitian ini juga menunjukkan ada perbedaan antara pre dan post dengan perlakuan relaksasi genggam jari terhadap penurunan skala nyeri</p>	<p>jari diketahui bahwa adanya penurunan skala nyeri. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan tingkatan nyeri yang signifikan. Ini dikarenakan ransangan ang telah diberikan kepada nyeri yang diderita responden membuat nyeri tertahan dan mengalami penurunan</p>	
O	<p>penelitian ini dapat disimpulkan bahwa penerapan terapi relaksasi genggam jari dapat menurunkan skala nyeri pasien post operasi</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan rata-rata sebelum dilakukan tehnik relaksasi genggam jari adalah 5,50 dan hasil rata-rata sesudah dilakukan tehnik</p>	<p>Adanya pengaruh tehnik relaksasi genggam jari dengan penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di</p>	<p>Terdapat pengaruh tehnik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien post operasi appendiktomy di Ruang</p>



	<p>laparatomi, yakni dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan</p>	<p>relaksasi genggam jari adalah 4,00. Hasil bivariat didapatkan p- value =0,000 &lt;0,05. Penelitian ini menunjukkan ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien post operasi. Kata</p>	<p>ruang rawatan kebidanan RSUD Pariaman (p value = 0.000 &lt; 0.05). Kesimpulan: Sebagian besar dari responden memiliki tingkat intensitas nyeri berat, nyeri setelahnya diketahui bahwa sebagian besar dari responden memiliki intensitas nyeri sedang, sebagian besar dari responden memiliki tingkat intensitas nyeri berat, setelahnya diketahui bahwa sebagian besar dari responden memiliki intensitas nyeri berat, adanya pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di ruang rawatan kebidanan RSUD Pariaman.</p>	<p>Irna III RSUD P3 Gerung Lombok Barat dengan nilai p value = 0,000 &lt; <math>\alpha</math> 0,05 dengan perhitungan menggunakan uji Wilcoxon Signed Ranks Test</p>
--	---	---	--	--

## BAB III METODE KARYA TULIS AKHIR

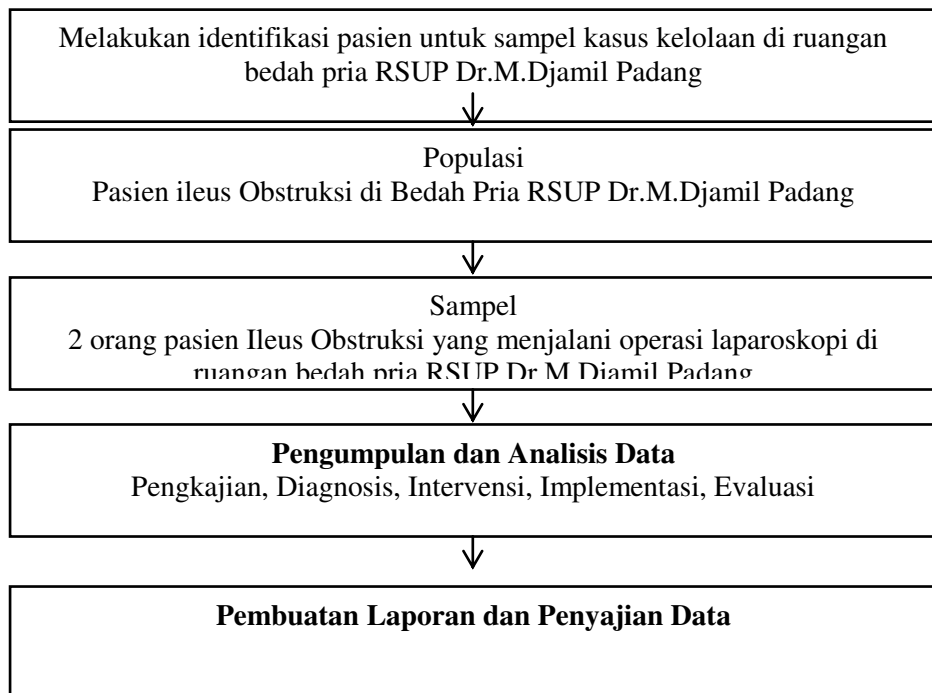
### A. Metodologi Penyusunan

Desain penelitian adalah perencanaan pemilihan jenis penelitian yang akan digunakan untuk menjawab tujuan penelitian (P & Cahyanigrum, 2019). Desain penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini yaitu penelitian observasional deskriptif berupa laporan kasus (*case report*). *Case report* adalah salah satu rancangan pada penelitian deskriptif yang mendokumentasi gambaran klinis yang mempunyai manifestasi yang tidak biasa atau jarang (Utarini & Adi, 2022).

Dalam penelitian ini, peneliti mendeskripsikan penerapan teknik relaksasi genggam jari dalam asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruksi untuk penurunan intensitas nyeri post laparoskopi di ruangan Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

### B. Alur Penyusunan

**Bagan 3.1  
Alur Penyusunan**



### **C. Tempat dan Waktu Pengambilan Kasus**

Pengambilan kasus untuk karya tulis akhir ini dilakukan di ruangan Bedah Pria RSUP Dr. M.Djamil Padang, waktu pengambilan kasus dilakukan dari 15 Mei sampai 3 Juni 2023. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Mei 2023

### **D. Populasi dan Sampel**

#### 1. Populasi

Populasi adalah sekumpulan individu dengan ciri yang sama dan hidup menempati ruang yang sama pada waktu tertentu. Elemen pada populasi berupa individu, keluarga, kelas, rumah tangga, kelompok-kelompok sosial, sekolah dan organisasi (Lesmana, 2021). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien ileus obstruksi yang di ruangan bedah pria RSUP Dr.M Djamil Padang

#### 2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi. Sampel dianggap sebagai perwakilan dari populasi yang hasilnya mewakili keseluruhan gejala yang telah diteliti atau diamati. Sampel merupakan suatu bagian dari keseluruhan serta karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sudarmanto et al., 2021) Pada penelitian ini sampel yang diambil yaitu 2 orang diruangan bedah pria RSUP Dr.M.Djamil Padang

##### a) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman saat menentukan kriteria inklusi. Dimana kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Klien dengan diagnosis ileus obstruksi yang menjalani operasi laparaskopi

2) Klien bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent saat pengambilan data dan dalam memberikan asuhan keperawatan.

b) 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 :

1. Klien yang mempunyai masalah dengan ekstremitas atas
2. Klien yang memakai alat bantu nafas
3. Klien yang pindah ruangan rawat instalasi bedah

## **E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Jenis Data**

Menurut Rahmadhani & Bina jenis data yang diperoleh oleh peneliti ada dua macam, yaitu sebagai berikut :

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber aslinya. Data primer dalam penelitian ini dapat diperoleh melalui hasil observasi dan wawancara

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang diperoleh melalui media perantara atau secara tidak langsung seperti data yang diperoleh atau dikumpulkan dari sumber-sumber yang telah ada, seperti laporan penelitian terdahulu, buku referensi, maupun majalah atau koran serta arsip. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari keluarga, Rekam Medis Pasien.

## 2. Metode 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 ilmiah akhir ini adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan identifikasi pasien untuk sampel kasus kelolaan di ruangan bedah pria RSUP Dr.M.Djamil Padang
- b. Melakuakn pendekatan secara informal pada pasien dipilih sebagai responden kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan, terapi teknik relaksasi genggam jari, serta memberikan lembar persetujuan. 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. Klien yang bersedia untuk diberikan terapi teknik relaksasi genggam jari akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara dan observasi, biodata, keluhan utama, pemeriksaan fisik, pemeriksaan fisik.

### 3. Instrumen Pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ners ini berupa format pengkajian pada asuhan keperawatan untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik dan leaflet pemberian terapi teknik relaksasi gengga jari

## **F. Prosedur Karya Tulis Akhir**

Dalam melakukan penelitian, prosedur yang diterapkan sebagai berikut:

### 1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan merupakan langkah awal yang dilakukan sebelum melakukan penelitian, adapun langkah-langkah yang dilakukan yaitu :

- a. Mengisi link pemintana jurusan dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes RI Padang
- b. Melapor memilih topic atau judul EBN yang akan di ambil
- c. Menyiapkan BAB 1 dan BAB 2
- d. Peneliti meminta izin melakukan penelitian ke KSPF Keperawatan Instalasi Bedah RSUP. Dr.M.Djamil Padang
- e. Peneliti meminta izin melakukan penelitian ke Kepala Ruangan Bedah Pria RSUP Dr.M.Djamil Padang
- f. Peneliti melakukan pemilihan sampel dengan mencatat jumlah pasien yang sedang dirawat diruang bedah pria, melakukan skiring, memilih sampel sesuai kriteia inklusi dan ekslusi, kemudian melakukan pemilihan sehingga didapatkan 2 orang pasien sebagai responden
- g. Kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan responden dan keluarga untuk melakukan asuhan keperawatan dan penerapan EBN

## 2. Tahap Pelaksanaan

Pemberian teknik relaksasi genggam jari dilakukan 2 kali dalam sehari selama 20 menit, waktu pelaksanaannya 7-8 jam sebelum pemberian analgetik atau 4 jam minimal setelah diberikan analgetik atau pagi hari dan siang hari

Menurut (Setiana & Nuraeni, 2021) prosedur teknik relaksasi genggam jari sebagai berikut :

- a. Jelaskan tindakan dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan pada pasien serta menyatakan kesediannya
- b. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- c. Siapkan lingkungan yang tenang
- d. Meminta pasien untuk merilekskan pikiran dan memotivasi pasien
- e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
- f. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang
- g. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata
- h. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, kemudian jari telunjuk, jari tengah, jari manis, dan jarring kelingking dengan waktu yang sama
- i. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut
- j. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur
- k. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan
- l. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran

- m. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari
- n. Dokumentasikan respon pasien

### **G. Pengolahan dan 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.

## H. Etika Penelitian

Etika merupakan sikap atau norma yang digunakan sebagai acuan dalam berperilaku, dan dapat diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari agar pelaksanaan suatu kegiatan dapat berjalan benar. Etika penelitian adalah aturan bagi peneliti pada prinsip-prinsip etis yang dapat diterapkan dalam melakukan penelitian, yang mencakup perlakuan peneliti terhadap subjek penelitian juga tidak dilihat hanya sebagaipenunjang dalam keberhasilan penelitian. Tetapi juga sebagai bentuk tanggung jawab dan moral peneliti (Pinzon & Retno, 2021)

### 1. Prinsip Etika Penelitian

Semua penelitian yang melibatkan manusia sebagai subjek harus menerapkan 4 (empat) prinsip dasar etika penelitian yaitu :

#### a. Menghormati atau menghargai subjek (*Respect for person*)

Dalam Penelitian ini peneliti mempertimbangkan secara mendalam terhadap kemungkinan bahaya dan penyalahgunaan penelitian serta terhadap subjek penelitian. Pada penelitian ini kemungkinan bahaya tidak terjadi karena tidak menggunakan alat dan bahan yang tajam dan berbahaya.

#### b. Manfaat (*Beneficence*)

Manfaat dalam penelitian ini untuk meningkatkan perkembangan motorik halus anak.

#### c. Tidak membahayakan subjek penelitian (*Non Moleficence*)

Sangatlah penting bagi peneliti memperkirakan kemungkinan-kemungkinan apa yang akan terjadi dalam penelitian sehingga dapat mencegah risiko yang membahayakan subjek penelitian.

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini tidak berbahaya dan aman untuk responden, waktu yang digunakan tidak lama sehingga tidak membuat respon merasa letih

#### d. Keadilan (*Justice*)

Penelitian ini dilakukan dengan prinsip keterbukaan, adil, jujur, kehati-hatian, professional dan berperikemanusiaan. Untuk itu, lingkungan penelitian perlu dikondisikan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian kepada anak prasekolah. Prinsip ini menjamin bahwa seluruh subjek mendapat perlakuan yang sama dan merata, baik sebelum, selama dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian tanpa membedakan suku, gender agama, etnis, dan lainnya. (Pinzon & Retno, 2021)

## 2. *Informed Conset*

*Informed conset* merupakan lembar persetujuan yang diberikan peneliti kepada subjek atas perlakuan yang diberikan. Hal ini diperlukan untuk menjamin hak-hak subjek dapat dipenuhi dan memastikan bahwa subjek memahami risiko dan manfaat dari penelitian (Pinzon & Retno, 2021) Lembar *informed conset* ini diberikan sebelum terapi teknik genggam jari dilakukan kepada pasien. tujuannya agar pasien mengetahui maksud dan tujuan

**BAB IV**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**A. Hasil**

1. Pengkajian

Pengkajian pre operasi dilakukan tanggal 17 Mei 2023 dan pengkajian Post laparoskopi pada tanggal 20 Mei 2023 di ruangan bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

**Tabel 4.1**  
**Hasil Pengkajian**

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Identitas Pasien	Seorang laki-laki TN Ar ( Pedagang) masuk ruangan bedah Pria Pada tanggal 17 Mei 2023 dengan umur 48 tahun, nomor RM 01.17.61.12, sudah menikah, beragama islam,beralamat Jl. Pattimura RT 02 Agung Rimbo Jambi, pendidikan terakhir SMA, dengan diagniosis medis sebelum dilakukan laparoskopi yaitu Ileus Obstruksi Parsial ec susp malignancy dan diagnose setelah dilakukan laparoskopi yaitu adhesi Intestinal + Multiple polip colon	Seorang laki-laki TN Aw ( wiraswasta) masuk ruangan bedah Pria Pada tanggal 13 Mei 2023 dengan umur 54 tahun, nomor RM 01.14.30.33, sudah menikah, beragama islam, Desa Sungai Lalang Jambi, pendidikan terakhir SMA, diagniosia medis sebelum dilakukan laparoskopi yaitu Ileus Obstruksi Parsial ec susp malignancy dan setelah dilakukan laparoskopi yaitu adhesi Intestinal
Riwayat Kesehatan	<p>a. Keluhan Utama :</p> <p>Tn.A masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD diruju dari RS Jambi pada Tanggal 16 Mei 2023 dengan keluhan Pasien mengalami nyeri perut dan mual muntah-muntah sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit</p> <p>Saat dilakukan pengkajian pre operasi tanggal 17 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri tersa hilang timbul, nyeri,mengeluh nafsu makan menurun, mengeluh mual,mengeluh cemas dengan penyakit yang dialami</p> <p>b. Riwayat Kesehatan Sekarang:</p> <p>saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian</p>	<p>a. Keluhan Utama :</p> <p>Tn.A masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD diruju dari RS Jambi pada Tanggal 13 Mei 2023 dengan Pasien mengeluh nyeri perut sejak 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit</p> <p>Saat dilakukan pengkajian pre operasi tanggal 17 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri tersa hilang timbul, nyeri,mengeluh,mengeluh cemas dengan penyakit yang dialami</p> <p>b. Riwayat Kesehatan Sekarang:</p> <p>saat dilakukan pengkajian pada tanggal</p>

	<p>perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan <math>\pm</math> 5 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri yang dirasakan skala 7, pasien mengeluh perut kembung, mengeluh badan kaku untuk digerakan, mengeluh nyeri saat mengerjakan tubuh, pasien mengatakan hanya mampu menelentang pasien mengeluh belum ada buang angin, pasien mengeluh demam, mengeluh sulit tidur, mengeluh mual, muntah tidak ada</p> <p>c. Riwayat Kesehatan Dahulu</p> <p>Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit asam lambung atau Gastroesophageal reflux disease, klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi, DM dan jantung. Klien mengatakan sakit yang dirasakan saat ini akibat banyak suka makan makanan pedas, minum yang berkaleng-kaleng serta telat makanan</p>	<p>20 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terlilit, nyeri dirasakan <math>\pm</math>1 menit, pasien mengeluh nyeri hilang timbul, pasien mengeluh intensitas nyeri yang dirasakan skala 6, pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengatakan tidak ada kembung pada perut, mengatakan sudah ada buang angin, buang air besar belum ada, pasien mengeluh ada cairan keluar pada bekas operasi</p> <p>c. Riwayat Kesehatan Dahulu</p> <p>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>
Pemeriksaan Fisik	<p>Tanda-tanda Vital: TD :147/81 mmHg, N:87x/menit, S:36,7c, RR:20x/menit</p> <p>Wajah terlihat pucat, terlihat meringis, lemah, lesu</p> <p>Hidung: tidak ada pernafasan cuping hidung, terlihat terpasang NGT no 16 di hidung sebelah kanan, terlihat residu lambung berwarna hijau pekat</p> <p>Abdomen : Inspeksi: Distensi (+), Asites (-), palpasi: Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas, perkusi: Tympani, Auskultasi : Bising usus (+) &gt;34/ menit</p> <p>Genitalia : terpasang kateter no 18 terlihat urine 700 cc</p> <p>Ekstremitas Atas: Akral teraba hangat, CRT &lt;2 detik, tidak ada edema, terpasang IVFD tutosol 20x tetes/ menit di tangan sebelah kanan, Ekstremitas bawah : Akral teraba hangat, CRT &lt; 2 detik, tidak teraba edema, tidak ada varises</p>	<p>Tanda-tanda Vital: TD :137/81 mmHg, N:79x/menit, S:36,7c, RR:20x/menit</p> <p>Wajah terlihat pucat, terlihat meringis</p> <p>Hidung: tidak ada pernafasan cuping hidung, terlihat terpasang NGT no 16 di hidung sebelah kanan, tidak ada residu lambung</p> <p>Abdomen : Inspeksi: Distensi (-), Asites (-), palpasi: Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas, perkusi: Tympani, Auskultasi : Bising usus (+) &gt;34/ menit</p> <p>Genitalia : terpasang kateter no 18 terlihat urine 500 cc</p> <p>Ekstremitas Atas: Akral teraba hangat, CRT &lt;2 detik, tidak ada edema, terpasang IVFD tutosol 20x tetes/ menit di tangan sebelah kanan, Ekstremitas bawah : Akral teraba hangat, CRT &lt; 2 detik, tidak teraba edema, tidak ada varises</p>
Pemeriksaan Laboratorium	<p>Pemeriksaan laboratorium: hemoglobin 14.9 d/dl, leukosit 19.57 <math>10^3/mm^3</math>,</p>	<p>Hemoglobin 13.4 g/dl, leukosit 12.53 <math>10^3/mm^3</math>, Hematokrit 39 %, Trombosit 381</p>

	trombosit 349 $10^3/mm^3$ albumin 37 g/dL. Natrium 148 mmol/L Globulin 3.0 g/dl,	$10^3$ mm, MCV 72 fL, MCH 25 Pg, RDW-CV 13.9%,Limfosit 13 %, Monosit 13 %,Sel Patologis-
<b>Terapi Medis</b>	IVFD: Asering 500cc/8 jam, Ivelip : Clinimix : 1:1:2 Injeksi: Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500, Oral:, Paracetamol 3x500 mg	IVFD: Asering 500cc/8 jam Injeksi: Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, lanzoprazol 1x30 mg, caterolac 2x1, Metoklopramid 3x1 amp k/p, Oral:, Paracetamol 3x500 mg

## 2. Analisa Data

**Tabel 4.2**  
**Hasil Analisa Data**

Partisipan 1			Partisipan 2		
Data	Penyebab	Masalah	Data	Penyebab	Masalah
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, nyeri saat melakukan pergerakan DO : TD :147/81 mmHg,N:87x/menit,S:36,7c ,RR:20x/menit Wajah terlihat meringis	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut	DS: pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terlilit,nyeri dirasakan $\pm$ 1 menit, nyeri hilang timbul, intensitas nyeri yang dirasakan skala 6, nyeri saat melakukan pergerakan DO: TD :137/81 mmHg,N:79x/menit,S:36,7c,RR:20x/menit Wajah terlihat meringis	Agen Pencedera Fisik	Nyeri akut

## 3. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 4.3**  
**Hasil Diagnosa Keperawatan**

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

## 4. Intervensi

**Tabel 4.4**  
**Hasil Intervensi**

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>SDKI : Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi  SLKI : tingkat nyeri  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 : 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</p>	<p>SDKI : Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi  SLKI : tingkat nyeri  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 : 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</p>

<p>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 anagesik, jika perlu</p>	<p>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 anagesik, jika perlu</p>
---	---

## 5. Implementasi dan evaluasi

**Tabel 4.5**  
**Hasil Implementasi dan Evaluasi**

Partisipan 1		Partisipan 2	
Implementasi	Evaluasi	Implementasi	Evaluasi
<p>Tanggal : 20 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital: TD :147/81mmHg,N:87x/menit,S:36,7c,RR:20x/menit</p> <p>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 7, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</p> <p>6. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 6 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada BAB mengeluh cairan NGT berwarna hijau, 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 : Mengukur tanda-tanda vital , menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal memberikan teknik relaksasi genggam jari, mengalirkan NGT</p>	<p>Tanggal 20 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 130/88 mmHg, N:79x/menit,S:37,6 RR:20x/menit</p> <p>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</p> <p>6. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>7. memberikan terapi injeksi</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti terlilit, mengeluh intensitas nyeri 5, mengatakan sudah ada buang angin</p> <p>O : terlihat meringis, , TTV TD:132/875mmHg, N:78x/menit,suhu:37,5 RR:20x/menit, residu lambung tidak ada</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Mengukur tanda-tanda vital 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 , menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi</p>



<p>7. memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</p>	<p>untuk melihat residu lambung pasien , menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</p>	<p>Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>	<p>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"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 130/67 mmHg, N:79x/menit,S:37,3RR:20x/menit</li> <li>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>5. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</li> <li>6. menganjurkan keluarga</li> </ol>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut berkurang nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh nyeri terasa hilang timbul intesitas nyeri 5 mengeluh perut terasa kembung,pasien mengatakan residu lambung berwarna hijau O : terlihat meringis, TTV TD:140/87 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, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal,</p>	<p>Tanggal 21 Mei 2023 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 128/88 mmHg, N:79x/menit,S:37,5 RR:20x/menit</li> <li>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 5, Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>5. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</li> <li>6. menganjurkan keluarga</li> </ol>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 4, mengeluh sudah ada buang angin O : terlihat meringis, , TTV TD:136/875mmHg, 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, dentifikasi skala nyeri, melihat respons nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi genggam jari, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, menganjurkan keluarga</p>

<p>untuk merapikan lingkungan</p> <p>7. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>	<p>memberikan teknik relaksasi genggam jari, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</p>	<p>untuk merapikan lingkungan</p> <p>7. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>	<p>untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>
<p>Tanggal 22 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 148/88 mmHg, N:89x/menit,S:37,5 RR:20x/menit</p> <p>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut , nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 5 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin, keluarga mengatakan pasien muntah, keluarga mengatakan cairan residu lambung berwarna hitam</p> <p>O : terlihat meringis berkurang</p> <p>TTV TD:147/87 mmHg, N:98x/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,</p>	<p>Tanggal 22 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda 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</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi berkurang , nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 2, mengatakan sudah BAB. Perut kembung tidak ada, pasien mengatakan sudah makan sedikit-sedit</p> <p>O : terlihat meringis ,</p> <p>TTV TD:128/875mmHg, 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,</p>

<p>pasien</p> <p>6. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>7. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>	<p>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 Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</p>	<p>lingkungan</p> <p>6. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>	<p>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 Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, ,terapi oral paracetamol</p>
<p>Tanggal 23 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 141/88 mmHg, N:89x/menit,S:38,5 RR:20x/menit</p> <p>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. melihat respons nyeri non verbal</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 5 mengeluh perut terasa kembung, keluarga mengatakan pasien muntah, keluarga mengatakan cairan residu lambung berwarna hitam, 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>Tanggal 23 Mei 2023</p> <p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda 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</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi berkurang , nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 3, mengatakan sudah BAB. Perut kembung tidak ada, pasien mengatakan sudah makan sedikit-sedikit</p> <p>O : terlihat meringis, , TTV TD:127/875mmHg, N:78x/menit,suhu:36,9 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda,</p>

<p>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>5. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</p> <p>6. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>7. memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</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, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</p>	<p>relaksasi genggam jari</p> <p>5. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>6. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>	<p>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 Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, ,terapi oral paracetamol</p>
<p>Tanggal 24 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 92/88 mmHg, N:89x/menit,S:38,5 RR:34 x/menit</p> <p>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas,</p>	<p>S: Keluarga Mengatakan pasien penurunan kesadaran, cairan NGT berwarna hitam, keluarga mengatakan pasien perutnya kembung, terdapat rembesan pada luka operasi pasien</p> <p>O: Tampak penurunan kesadaran</p> <p>Keadaan umum : berat</p> <p>Terpasang Vascon</p> <p>TD : 110/87 mmHG, N:</p>	<p>Tanggal 24 Mei 2023</p> <p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vitalTD: 130/88 mmHg, N:79x/menit,S:36,7 RR:20x/menit</p> <p>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas,</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi berkurang ,</p> <p>O : meringis tidak ada,</p> <p>TTV TD:127/875mmHg, N:78x/menit,suhu:36,9 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi genggam jari dilanjutkan pasien dirumah</p>

<p>intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>5. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</li> <li>6. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</li> <li>7. memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac 3x30 mg, Metronidazol 3x500, terapi oral paracetamol</li> </ol>	<p>78x/menit, S: 37,8 mmHg, N: 24x/menit A: Masalah belum teratasi P: Pasien rencana OK CITO, kolaborasi dokter Booking Ruang ICU.</p>	<p>intensitas nyeri : 3 Identifikasi skala nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>5. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</li> <li>6. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</li> </ol>	
---	--	--	--

## B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruksi dengan penerapan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri post laparoskopi di ruangan bedah pria RSUP Dr.M. Djamil Padang. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, menegakkan diagnose 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 laparoskopi pada pasien Tn Ar dan Tn Aw berjenis kelamin laki-laki berusia dewasa yaitu 48 tahun dan 53 tahun sama-sama berasal dari Jambi masuk dengan diagnosa medis Ileus Obstruksi. Menurut Wahyudi et al., (2020) usia yang banyak mengalami ileus obstruksi pada usia dewasa dan sering terjadi pada laki-laki sebanyak 63,7%.

Pada kasus ini Tn.Ar dan Tn Aw sama-sama mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi ,nyeri terasa seperti terlilit dan tertusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul, lamanya nyeri yang dirasakan Tn. Ar  $\pm 5$  menit dan Tn. Aw merasakan nyeri  $\pm 1$ ., skala nyeri pada hari pertama yang dirasakan Tn Ar 7 dan Tn Aw 6, abdomen distensi, mengalami mual muntah Pasien juga mengeluh tidak BAB, Tanda dan gejala sejalan menurut penelitian Nurwidiyanti et al., (2022) tanda gejala ileus obstruksi yaitu distensi abdomen, muntah, peningkatan bising usus, nyeri hebat pada abdomen BAB berwarna gelap. Menurut Rehatta (2019) Nyeri pada prosedur laparoskopi bersifat singkat namun memiliki intensitas yang tinggi, dengan keluhan nyeri

maksimal terdapat pada 2 jam pertama setelah pembedahan dan puncak nyeri dapat dirasakan 24 jam pasca bedah

Pemeriksaan fisik pada abdomen pada Tn.Ar dan Tn.Aw yaitu distensi, terdapat nyeri tekanan dan nyeri lepas, tympani bising usus (+) >34x/menit. menurut (Nurwidiyanti et al., 2022) tanda gejala ileus obstruksi yaitu distensi abdomen, muntah, peningkatan bising usus, nyeri hebat pada abdomen BAB berwarna gelap

Pemeriksaan laboratorium Tn Ar 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  $12.53 \times 10^3 \text{ mm}^3$ , Hematokrit 39 %, Trombosit  $381 \times 10^3 \text{ mm}^3$ , MCV 72 fL, MCH 25 Pg, RDW-CV 13.9%, Limfosit 13 %, Monosit 13 %, Sel Patologis-, menurut penelitian Astuti nilai krisis leukosit yaitu  $30.000 \text{ m}^3$ . Nilai leukosit yang tinggi disebabkan oleh leukemia, setelah menjalani operasi menunjukkan peningkatan leukosit beresiko untuk terjadinya infeksi

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada penelitian ini didapatkan diagnosa keperawatan utama setelah dilakukan post laparoscopi pada pasien ileus obstruksi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Menurut Rehatta (2019) Nyeri pada prosedur laparoscopi bersifat singkat namun memiliki intensitas yang tinggi, dengan keluhan nyeri maksimal terdapat pada 2 jam pertama setelah pembedahan dan puncak nyeri dapat dirasakan 24 jam pasca bedah. akibat dari Nyeri yang dialami setelah pembedahan menghambat kemampuan pasien untuk terlibat aktif dan meningkatkan risiko infeksi akibat immobilisasi (Abdul et al., 2020)

### 3. Rencana Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan 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

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi,2018)



Dalam pelaksanaan implementasi teknik relaksasi genggam jari dilakukan oleh kedua partisipan yaitu 2 jam sebelum diberikan obat analgetik pada jam 8 pagi dan 4 jam setelah pemberian obat analgetik yaitu jam 2 siang. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rifti Ekawati et al., (2022) Terapi genggam jari diajarkan dan dilakukan 2 kali sehari, intervensi relaksasi genggam jari diberikan 7-8 jam sebelum pemberian analgesik, atau minimal 4 jam setelah pemberian analgesic.

Analgesik yang diberikan pada kedua partisipan yaitu katorolac 3x 30 mg. Obat ketorolac merupakan suatu analgesik non- narkotik yang biasa digunakan sebagai obat anti nyeri pasca pembedahan dengan efek samping yang lebih aman dibanding analgesik jenis lain. Kerja obat ini menghambat sintesis prostaglandin dengan memblokir enzim siklooksigenase. Pemberian obat secara IV diberikan tidak kurang dari 15 detik Efek analgesik obat ini akan bekerja dalam waktu kurang lebih 30 menit dengan efek maksimum 1 hingga 2 jam. Sedangkan waktu paruh obat ini adalah 4 hingga 6 jam (Rifti Ekawati et al., 2022)

##### 5. Evaluasi

Pada penelitian ini peneliti melakukan evaluasi pada pasien dari tanggal 20-24 Mei 2022 yaitu selama 5 hari setelah operasi laparoskopi atas indikasi ileus obstruksi.

Hasil evaluasi Setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari terdapat penurunan intensitas nyeri pada kedua partisipan yaitu pada Tn. Ar setelah dilakukan operasi laparoskopi hari pertama sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari intensitas nyeri yang dirasakan yaitu berskala 7 dan Tn.Aw skala 6 setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari didapatkan penurunan skala nyeri menjadi 6 pada Tn.Ar dan skala 5 pada Tn Aw. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan

Rifti Ekawati et al., (2022) pelaksanaan relaksasi genggam jari hari pertama skala nyeri dari 5 menjadi skala 4.

Pada hari kedua post laparoskopi didapatkan intensitas nyeri pada Tn.Ar sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu 6 dan Tn Aw skala nyeri 5,sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari didapatkan penurunan skala nyeri skala 5 pada Tn Ar dan Skala 4 pada Tn Aw. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rifti Ekawati et al., (2022)

Pada evaluasi hari ketiga didapatkan intensitas nyeri pada Tn.Ar sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu 6 .dan pada Tn Aw skala nyerinya yaitu 4 , skala nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari pada Tn Ar yaitu 5 dan Tn Aw yaitu 3. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Tarwiyah et al., 2022) penurunan skala nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu 3-5 dari skala nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi yaitu 4-6.

Pada hari kelima Tn.Ar penurunan kesadaran, pasien direncanakan OK CITO dan dirawat di ruangan ICU, sedangkan Tn. Aw rencana pulang, intervensi dilanjutkan pasien di rumah, sebelum itu pasien dan keluarga telah diberikan edukasi dengan media leaflet tentang teknik relaksasi genggam jari sehingga intervensi dapat dilakukan klien dirumah

## 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)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tarwiyah et al., (2022) tehnik relaksasi genggam jari dimana sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh. Menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 2-5 menit, jari bisa digenggam untuk membawa rasa damai, fokus dan nyaman sehingga dapat menghadapi keadaan dengan perasaan lebih tenang. Titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman.

Mekanisme dari relaksasi genggam jari ini adalah menggenggam jari sambil menarik nafas dalam dalam (relaksasi) sehingga dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (energi channel) yang terletak pada jari tangan kita(Tarwiyah et al., 2022)

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

Tingkat nyeri sesudah diberikan tehnik relaksasi genggam jari menurun dari kategori tingkat nyeri sedang menjadi kategori tingkat nyeri ringan, hal ini terjadi karena pernapasan yang dalam dapat menghirup O<sub>2</sub> secara adekuat sehingga otot- otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri. Dampak positif ini terjadi karena pada alur saraf desenden melepaskan opiate endogen

seperti endorfin dan dinorfin (salah satu neuromodulator) sebagai suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan Substansi P (salah satu neurotransmitter nyeri), dengan demikian dapat mencegah menghebatnya stimulus nyeri sehingga sensasi nyeri yang dirasakan berkurang (Abdul et al., 2020) hasil studi ini dapat dijadikan referensi dalam menangani pasien dengan masalah nyeri akut post laparotomi pada pasien ileus obstruksi

b. Keterbatasan

Keterbatasan pada penelitian ini yaitu

- 1) waktu rutinitas pemberian obat dirumah sakit
- 2) Jurnal yang digunakan adalah jurnal laparotomi tetapi kondisi di rumah sakit untuk tatalaksanaan ileus obstruksi yaitu laparotomi
- 3) partisipan berada diruangan kelas III sehingga ramai dan bising, untuk fokus memikirkan hal hal menyenangkan dan tarik nafas dalam sangat terganggu.

c. Rencana tidak lanjut

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini menganjurkan keluarga dan pasien untuk melakukan terapi genggam jari secara mandiri, apabila pasien sudah berda di rumah sehingga tidak bergantung dengan terapi farmakologis

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada dengan diagnose medis ileus obstruksi mengenai terapi teknik relaksasi genggam jari untuk menurunkan intensitas nyeri post laparoskopi

1. Dari hasil pengkajian post laparoskopi pada tanggal 20 Mei 2023 Pasien mengalami nyeri pada bagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk, lamanya nyeri dirasakan lebih dari 5 menit, intensitas nyeri yaitu 7 dan 6
2. Diagnose utama yang diambil setelah dilakukan post laparoskopi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive
3. Intervensi keperawatan setelah dilakukan post laparoskopi yaitu manajemen nyeri, salah satunya teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intensitas nyeri
4. Implementasi teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri post laparoskopi
5. Pada evaluasi pasien dengan masalah nyeri akut didapatkan penurunan intensitas nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari

## **B. Saran**

### 1. Bagi instansi pendidikan

Karya ilmiah ini diharapkan menjadi referensi dan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada pasien ileus obstruksi untuk menurunkan intensitas nyeri post laparoskopi

### 2. Bagi Perawat

Melalui Direktur Rumah Sakit karya ilmiah ini dapat menjadi bahan dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai salah satu intervensi mandiri bagi perawat khususnya untuk menangani pasien yang mengalami nyeri post laparoskopi atas indikasi ileus obstruksi

### 3. Bagi penulis selanjutnya

Penelitian ini dapat dilanjutkan dengan cara melakukan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intensitas nyeri post laparoskopi

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, H., Ernawati, & Maelina, A. (2020). *Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Appendectomy Di Ruang Irna III RSUD P3 Gerung Lombok Barat*. 2, 188–200.
- Alam, H. S. (2020). *Upaya Mengurangi Nyeri Persalinan dengan Metode Akupresur*. Media Sains Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=Bn4GEAAAQBAJ>
- Ardhiansyah, A. O. (2021). *KOMPETENSI BEDAH UNTUK DOKTER UMUM*. Airlangga University Press. <https://books.google.co.id/books?id=d1wtEAAAQBAJ>
- Bachtiar, S. M. (2022). *Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Kanker Payudara dengan Teknik Guided Imagery*. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=6NSYEAAAQBAJ>
- Bernstein, D. (2017). *Ilmu Kesehatan Anak Untuk Mahasiswa Kedokteran*. EGC.
- Diyono, S. K. N. M. K. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah: Buku Ajar*. Prenada Media. <https://books.google.co.id/books?id=jjja2DwAAQBAJ>
- Indrawati, U., & Arham, A. H. (2020). *Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Persepsi Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur*. 18(1), 13–24.
- Krishnakumar, S., & Tambe, P. (2019). Entry complications in laparoscopic surgery. *Journal of Gynecological Endoscopy and Surgery*, 1(1), 4–11. <https://doi.org/10.4103/0974-1216.51902>
- Lesmana, G. (2021). *Bimbingan Konseling Populasi Khusus*. Prenada Media. <https://books.google.co.id/books?id=M-4sEAAAQBAJ>
- Maghfuroh, L., Yelni, A., Rosmayanti, L. M., Yulita, D., Andari, I. D., Zulfiana, E., Ayi Nurhidayah, M. K., Susanto, A., Rahmanindar, N., Adevia Maulidya Chikmah, & others. (2023). *Asuhan Lansia: Makna, Identitas, Transisi, dan Manajemen Kesehatan*. Kaizen Media Publishing. <https://books.google.co.id/books?id=LN-oEAAAQBAJ>
- Nuraeni, R., & Wianti, A. (2021). *Asuhan Keperawatan Gangguan Maternitas ; Buku Lovrinz Publishing*. LovRinz Publishing. <https://books.google.co.id/books?id=jgAeEAAAQBAJ>
- Nurwidiyanti, E., Mufidah, A., Cing, M. T., Syokumawena, Riskawaty, H. M., & Raharjo, R. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah*. Media Sains Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=YzRxEAAAQBAJ>
- P, I. M. I., & Cahyanigrum, I. (2019). *Cara mudah memahami Metodologi*

*Penelitian*. CV Budi Utama.

- Pinzon, R. T., & Retno, D. W. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit Andi.
- Rahmatulah, I. (2019). *Menjalani Kehamilan \& Persalinan yang Sehat*. Gramedia Pustaka Utama.  
<https://books.google.co.id/books?id=N2KhDwAAQBAJ>
- Rahmayati, E., & Hardiansyah, R. (2018). *Pengaruh Aromaterapi Lemon terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Laparatomi*. 9(November), 427–432.
- Rehatta, M., & Hanindito, E. (2019). *ANESTESIOLOGI DAN TERAPI INTENSIF: BUKU TEKS KATI-PERDATIN*. Gramedia pustaka utama.  
<https://books.google.co.id/books?id=d7q0DwAAQBAJ>
- Rifti Ekawati, N., Nur Wulandari, A., & Kustio Priliana, W. (2022). Penerapan Relaksasi Genggam Jari untuk Menurunkan Nyeri Post Operasi Laparotomi pada Pasien Kista Cokelat Bilateral. *Jurnal Nursing Update*, VOL. 14(No. 4), 43–50. <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/index>
- Sabry, F., & Adriansyah, P. (2023). *Pembedahan dengan Bantuan Robot: Melakukan operasi kompleks dengan lebih presisi, fleksibel, dan terkontrol*. Satu Miliar Berpengetahuan [Indonesian].  
<https://books.google.co.id/books?id=VLK3EAAAQBAJ>
- Satriana, & Feriani, P. (2020). *Efektivitas Teknik Relaksasi Benson dan Terapi Genggam Jari terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Laparatomi di Ruang Mawar RSUD A . Wahab Sjhranie*. 1(3), 1731–1737.
- Setiana, A., & Nuraeni, R. (2021). *Riset Keperawatan : Lovrinz Publishing*. LovRinz Publishing. <https://books.google.co.id/books?id=wnweEAAAQBAJ>
- Setyawati, M. B. (2020). *Electronical Games Untuk Mengatasi Nyeri Perawatan Luka Pada Anak Post Operasi*. UNY Press.  
<https://books.google.co.id/books?id=VxAREAAAQBAJ>
- Smith, D., Kashyap, S., & Nehring, S. (2023). *Bowel Obstruction*. StatPearls.
- Sudarmanto, E., Kurniullah, A. Z., Revida, E., Ferinia, R., Butarbutar, M., Abdilah, L. A., Sudarso, A., Purba, B., Purba, S., Yuniwati, I., Hidayatulloh, A. N., Irawati, & Suyuthi, N. F. (2021). *Desain Penelitian Bisnis: Pendekatan Kuantitatif*. Yayasan Kita Menulis.  
<https://books.google.co.id/books?id=fgoiEAAAQBAJ>
- Tarwiyah, Maulani, & Rasyidah. (2022). *TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI TERHADAP SKALA NYERI PASIEN POST OPERASI*. 2(1), 27–32.
- Tyas, D. A., & Sadanoer, I. M. (2019). *PENGARUH TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI TERHADAP PENURUNAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA*. III(2), 86–92.



- Utami, R. N. (2020). *Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparatomi Menggunakan Aromaterapi*. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5489>
- Utarini, & Adi. (2022). *Prinsip dan Aplikasi Untuk Manajemen Rumah Sakit*. Gadjah Mada University Press.
- Vilz, T. O., Stoffels, B., Strassburg, C., Schild, H. H., & Kalff, J. C. (2017). Ileus in Adults. *Deutsches Arzteblatt International*, *114*(29–30), 508–518. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0508>
- Wahyudi, A., Siswandi, A., Purwaningrum, R., & Dewi, B. C. (2020). Obstructive Ileus Incidence Rate in Examination of BNO 3 Position in Abdul Moeloek Hospital. *Jiksh*, *11*(1), 145–151. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.233>

## ASUHAN KEPERAWATAN

### Partisipan 1

#### A. Pengkajian

##### 1. Identitas Pasien

Nama	: Tn.Ar
No RM	:01.17.61.12
Usia	:48 tahun
Jenis Kelamin	:Pria
Alamat	:Jl. Pattimura RT 02 Agung Rimbo Jambi
Pekerjaan	: Pedagang
Pendidikan Terakhir	: SMA
Penanggung Jawab	:Istri
Pembiayaan	: BPJS
Tanggal Masuk	:17-05-2023
Tanggal Pengkajian	:20-05-2023
Diagnosa Medis	: Post laparoscopi atas indikasi Ileus Obstruksi Parsial

##### 2. Riwayat Kesehatan

###### a. Keluhana Utama

Tn.A masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD diruju dari RS Jambi pada Tanggal 16 Mei 2023 dengan keluhan Pasien mengalami nyeri perut dan mual muntah-muntah sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit

###### b. Riwayat Kesehatan Sekarang

saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan  $\pm$  5 menit, nyeri terasa hilang timbul, intesitas nyeri yang dirasakan skala 7, pasien mengeluh perut kembung, mengeluh badan kaku untuk digerakan,mengeluh nyeri saat mengerakan tubuh, pasien mengatakan hanya mampu menelentang pasien mengeluh belum ada buang angin,pasien mengeluh demam, mengeluh sulit tidur, mengeluh mual, muntah tidak ada

###### c. Riwayat Kesehatan Terdahulu

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit asam lambung atau Gastroesophageal reflux disease, klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi, DM dan jantung.Klien mengatakan sakit yang dirasakan saat ini akibat banyak suka makan makanan pedas, minum yang berkaleng-kaleng serta telat makanan

###### d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang saa seperti pasein. Keluarga juga mengtaakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM dan stroke

### 3. Pengkajian Umum

- a. 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
- 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, klien terpasang NGT di hidung sebelah kiri ukuran 16, pasien dipuaskan karena residu lambung pasien berwarna hijau pekat. Pasien tidak memiliki alergi makanan, adapun gambaran diet pasien dalam sehari sebagai berikut :
  - c. Pola Eliminasi  
Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit BAB 1 kali pada pagi hari, warna kuning coklat, khas feses, konsistensi padat, pada saat sakit klien mengeluh tidak ada BAB selama di Rawat di RS.  
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
  - d. 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.
  - 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 pedagang. 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
  - 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 (Jambi). Kemampuan membaca dibantu kacamata dan kemampuan pendengaran pasien baik.
  - g. Pola persepsi diri/ konsep diri  
Keluarga pasien selalu menjaga dan merawat selama di rumah sakit. Pasien memiliki istri dan anaknya yang selalu membantu dan mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan
  - 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 terlaksana. Pasien tidak memberikah nafkah kepada anak dan istri.

- i. Pola Seksualitas/ reproduksi  
Pasien mempunyai 3 orang anak, selama sehat, keluarga mengatakan pasien tidak pernah pemeriksaan genitalia secara rutin. Untuk masalah seksual lainnya pada pasien tidak terduga
- j. 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, cemas karena anak-anak masih kecil
- k. 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

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Tanda Vital	Tanda-tanda Vital: TD :147/81 mmHg, N:87x/menit, S:36,7c, 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, reflexpupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm
Hidung	Hidung terlihat simetris, terpasang NGT no 16 di sebelah kiri, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkakan atau pendarahan, terlihat residu berwarna hijau
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 : 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 Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani Auskultasi : bising usus (+) >34/ menit
Genitalia	Terpasang kateter no 18 , terlihat urine 700-800 cc
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

#### 5. Pemeriksaan Penunjang

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan
Hemoglobin	15.3	g/Dl
<b>Leukosit</b>	<b>14.17</b>	<b>10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup></b>
Hematokrit	42	%
Trombosit	366	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
MCV	80	fL
MCH	29	Pg

RDW-CV	12.0	%
Ureum Darah	45	mg/dL
Kreatinin Darah	0.8	mg/dL
Gula Darah Sewaktu	88	mg/dL
Kesimpulan : Leukosit Meningkat, Nama Pemeriksaan Hasil		Satuan
Hemoglobin	14.9	g/dL
<b>Leukosit</b>	<b>19.57</b>	<b>10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup></b>
Hematokrit	42	%
Trombosit	349	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
MCV	80	fL
MCH	29	Pg
<b>Albumin</b>	<b>37</b>	<b>g/dl</b>
<b>Natrium</b>	<b>148</b>	<b>Mmol/L</b>
<b>Globulin</b>	<b>3.0</b>	<b>g/dL</b>
Gula Darah Sewaktu	88	mg/dL
Kesimpulan : Leukosit Meningkat, Kalium Menurun		

#### 6. Terapi Medis

Jenis	Nama Obat	Dosis
IVFD	Asering : Clinimix	20 tetes/Menit
Injeksi	Ceftriaxone Ranitidine caterolac	2x1 gr 2x50 mg 3x 30 mg
Oral	CTM Paracetamol	3x1 tab 3x500mg

## B. Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	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, nyeri saat melakukan pergerakan DO: 147/81mmHg, N: 87x/menit, S: 38,7c, RR: 20x/menit, Wajah terlihat meringis	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut
2	DS: Pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, mengeluh badan kaku untuk melakukan pergerakan DO : terlihat pasien nyeri saat melakukan pergerakan Terlihat lemah	Nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik
3	DS : pasien mengeluh demam, mengatakan luka tertutup perban, mengeluh keluar cairan dari luka DO : Terlihat Luka tertutup perban, leukosit $19.57 \times 10^3/\text{mm}^3$ , 147/81mmHg, N: 87x/menit, S: 38,7c, RR: 20x/menit,	Efek prosedur invasif	Resiko Infeksi

## C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen Pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik
3. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif

#### D. Intervensi

No	SDKI	SLKI	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 : 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> <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>
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 menuruun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik	<p>Dukungan mobilisasi (i.05173)</p> <p>Observasi: 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>



		menurun	<p>Teraupetik : fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya dengan pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
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 sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur sputum membaik, kultur area luka membaik, kultur feses membaik</p>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematis</p> <p>Terapeutik : batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada daerah edema, cuci tangan dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko</p> <p>Edukasi : 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</p>

E. Implementasi Evaluasi

Tanggal	Implementasi	Evaluasi
20 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Mengukur tanda-tanda vital: TD :147/81mmHg,N:87x/menit,S:36,7c,RR:20x/menit</li> <li>9. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 7, Identifikasi skala nyeri</li> <li>10. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>11. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>12. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</li> <li>13. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</li> <li>14. memberikan terapi injeksi</li> <li>15. Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</li> </ol>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 6 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada BAB mengeluh cairan NGT berwarna hijau, perut terasa kembung</p> <p>O : terlihat meringis,</p> <p>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 vital , 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 , menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi</p> <p>Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri</li> <li>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan nyeri untuk melakukan pergerakan, mengeluh kaku saat melakukan pergerakan, perut terasa kembung</p> <p>O : terlihat nyeri saat melakukan pergerakan,</p> <p>Tidak mau melakukan pergerakan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p>

	<p>4. menjelaskan kepada pasien resiko 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>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 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 invasive</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi: terlihat perban kotor, kemerahan tidak ada,</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Melakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, pasien mengatakan demam tidak ada</p> <p>O: terlihat luka tertutup perban, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien,</p> <p>TTV TD:130/87 mmHg, N:78x/menit, suhu:37,5</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>leukosit <math>19.57 \times 10^3/\text{mm}^3</math></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>21 Mei 2023</p>	<p>Tanggal 21 Mei 2023</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/67 mmHg, N:79x/menit, S:37,3 RR:20x/menit</li> <li>9. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6,</li> </ol>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut berkurang nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh nyeri terasa hilang timbul intensitas nyeri 5 mengeluh perut terasa kembung, pasien mengatakan residu lambung berwarna hijau</p> <p>O : terlihat meringis, TTV TD:140/87 mmHg, N:78x/menit, suhu:37,5, RR:20xmenit</p>

<p>Identifikasi skala nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>11. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>12. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</li> <li>13. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</li> <li>14. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac oral Paracetamol</li> </ol>	<p>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, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, 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</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri</li> <li>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</li> <li>4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</li> <li>5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, perut terasa kembung,</p> <p>O : terlihat nyeri saat melakukan pergerakan,</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 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"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi: terlihat perban kotor,kemerahan tidak ada</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> </ol>	<p>S:pasien mengatakan demam tidak ada, perut masih terasa kembung,keluarga mengatakan luka terkadang keluar cairan</p> <p>O: terlihat luka tertutup perban , terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien,</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Malakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<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>
22 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Mengukur tanda-tanda vital TD: 148/88 mmHg, N:89x/menit, S:37,5 RR:20x/menit</li> <li>9. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri</li> <li>10. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>11. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>12. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</li> <li>13. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</li> <li>14. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</li> </ol>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut , nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 5 mengeluh perut terasa kembung, mengeluh tidak ada buang angin, keluarga mengatakan pasien muntah, keluarga mengatakan cairan residu lambung berwarna hitam</p> <p>O : terlihat meringis berkurang TTV TD:147/87 mmHg, N:98x/menit, suhu:37,5 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratas</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Mengukur tanda-tanda, me....., ..... 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 Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500, terapi oral paracetamol</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>S: pasien mengatakan nyeri untuk melakukan pergerakan, pasien mengatakan</p>

	<p>berhubungan dengan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. menganjurkan pasien untuk banyak melakukan pergerakan</li> <li>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</li> <li>4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</li> <li>5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</li> </ol>	<p>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 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"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Melakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<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>
23 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>8. Mengukur tanda-tanda vital TD: 141/88 mmHg, N:89x/menit,S:38,5 RR:20x/menit</p> <p>9. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri</p> <p>10. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>11. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>12. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</p> <p>13. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>14. memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac3x30 mg, Metronidazol 3x500,terapi oral paracetamol</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intesitas nyeri 5 mengeluh perut terasa kembung, keluarga mengatakan pasien muntah, keluarga mengatakan cairan residu lambung berwarna hitam, 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, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac3x30 mg, :tronidazol 3x500,terapi oral paracetamol.</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. menganjurkan pasien untuk banyak melakukan pergerakan</p> <p>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</p> <p>4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</p>	<p>S: pasien mengatakan nyeri untuk melakukan pergerakan, pasien mengatakan perut terasa nyeri, nyeri untuk melakukan pergerakan</p> <p>O : terlihat nyeri saat melakukan pergerakan, terlihat pasien tidur terlentang 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</p>

	<p>5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>	<p>untuk miring kanan dan miring kiri, 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"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Melakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<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 mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</p> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>
24 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Mengukur tanda-tanda vital TD: 92/88 mmHg, N:89x/menit, S:38,5 RR:34 x/menit</li> <li>9. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas</li> </ol>	<p>S: Keluarga Mengatakan pasien penurunan kesadaran, cairan NGT berwarna hitam, keluarga mengatakan pasien perutnya kembung, terdapat rembesan pada luka operasi pasien</p> <p>O: Tampak penurunan kesadaran</p> <p>Keadaan umum : berat</p> <p>Terpasang Vascon</p>



	<p>nyeri Identifikasi skala nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>11. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>12. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</li> <li>13. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</li> <li>14. memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, ceterolac 3x30 mg, Metronidazol 3x500, terapi oral paracetamol</li> </ol>	<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>
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. menganjurkan pasien untuk banyak melakukan pergerakan</li> <li>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</li> <li>4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</li> <li>5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</li> </ol>	<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"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga</li> </ol>	<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</p>

	<p>untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li><li>6. Malakukan perawatan luka post operasi</li></ol>	dokter booking ruang ICU
--	--	--------------------------

## Partisipan 2

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas Pasien

Nama : Tn.Aw  
No RM :01.14.30.33  
Usia :54 tahun  
Jenis Kelamin :Pria  
Alamat :Desa Sungai Lalang Jambi  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Pendidikan Terakhir : SMA  
Penanggung Jawab :Istri  
Pembiayaan : BPJS  
Tanggal Masuk :13-05-2023  
Tanggal Pengkajian :20-05-2023  
Diagnosa Medis : post laparoskopi atas indikasi Ileus Obstruksi

#### 2. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan Utama
- b. Tn.A masuk rumah sakit RSUP Dr.M Djamil Padang melalui IGD diruju dari RS Jambi pada Tanggal 13 Mei 2023 dengan Pasien mengeluh nyeri perut sejak 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit
- c. Riwayat Kesehatan Sekarang  
saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 Mei 2023 pasien mengeluh nyeri dibagian 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 tidak ada kembung pada perut, mengatakan sudah ada buang angin, buang air besar belum ada, pasien mengeluh ada cairan keluar pada bekas operasi
- d. 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
- e. Riwayat Kesehatan Keluarga  
Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang saa seperti pasein. Keluarga juga mengtakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM dan stroke

### 3. Pengkajian umum

#### a. Pola persepsi dan penanganan Kesehatan

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

#### b. 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 terpasang NGT di hidung sebelah kiri ukuran 16, pasien dipuaskan karena residu lambung pasien berwarna hitam. Pasien tidak memiliki alergi makanan

#### c. Pola Eliminasi

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit BAB 1 kali pada pagi hari, warna kuning coklat, 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. Di rumah sakit pasien terpasang kateter urine, terlihat frekuensi urine 600-700cc/8 jam

#### d. 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.

#### e. Pola Istirahat tidur

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidur pukul 24.00 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 pedagang

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

#### 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 (Jambi). Kemampuan membaca dibantu kacamata dan kemampuan pendengaran pasien baik.

#### g. Pola persepsi diri/ konsep diri

Keluarga pasien selalu menjaga dan merawat selama di rumah sakit. Pasien memiliki istri dan anaknya yang selalu membantu dan mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan

- 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 terlaksana. pasien tidak memberikah nafkah kepada anak dan istri.
- i. 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
- j. 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, cemas karena anak-anak masih kecil
- 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. Keluarga membantu kegiatan ibadah pasien dengan mendengarkan murrotal al-qur'an menggunakan hp

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Tanda Vital	TD:137/81 mmHg,N:79x/menit,S:36,7c,RR:20x/menit
Wajah	Terlihat meringis, pucat
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, reflexpupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm
Hidung	Hidung terlihat simetris, terpasang NGT no 16 di sebelah kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengka atau pendarahan, terlihat residu tidak ada
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 jantung1/S1-Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-)
Abdomen	Inspeksi : distensi (+),asites (-) terlihat 2 luka post operasi laparoscopi Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas Perkusi : Tympani Auskultasi : bising usus (+) >34/ menit
Genitalia	Terpasang kateter no 18 , terlihat urine 700-800 cc
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

#### 5. Pemeriksaan Penunjang

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan
Hemoglobin	13.4	g/dL
<b>Leukosit</b>	<b>12.53</b>	<b>10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup></b>
Hematokrit	39	%
Trombosit	381	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
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

#### 6. Terapi Medis

IVFD: Asering 500cc/8 jam

Injeksi: Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, lanzoprazol 1x30 mg, caterolac 2x1, Metoklopramid 3x1 amp k/p, Noverapid 3x6ui, dosis koreksi livermir 1x12 ui sc

Oral: Lactulac syr 3x1 ctm, Paracetamol 3x500 mg

#### B. Analisa Data

N o	Data	Penyebab	Masalah
1	DS: pasien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan $\pm$ 1 menit, nyeri terasa hilang timbul, intensitas nyeri yang dirasakan skala 6, nyeri saat melakukan pergerakan DO:TD:137/81mmHg,N:79x/menit,S:36,7c,RR:20x/menit,Wajah terlihat meringis	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut
2	DS: Pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan, mengeluh badan kaku untuk melakukan pergerakan DO : terlihat pasien nyeri saat melakukan pergerakan Terlihat lemah	Nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik
3	DS : pasien mengeluh demam, mengatakan luka tertutup perban DO : Terlihat Luka tertutup perban, leukosit $12.53 \times 10^3/mm^3$ , 147/81mmHg,N:87x/menit,S:38,7c,RR:20x/menit,	Efek prosedur invasif	Resiko Infeksi

#### C. Diagnosa

1. Nyeri akut b.d agen Pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik
3. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif

#### D. Intervensi

No	SDKI	SLKI	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 : 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> <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>
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 menuruun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik	<p>Dukungan mobilisasi (i.05173)</p> <p>Observasi: 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>



		menurun	<p>Teraupetik : fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya dengan pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
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 purulen 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>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik : batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada daerah edema, cuci tangan dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko</p> <p>Edukasi : 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</p>

### E. Implementasi

Tanggal	Implementasi	Evaluasi
20 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/88 mmHg, N:79x/menit, S:37,6 RR:20x/menit</li> <li>9. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 6, Identifikasi skala nyeri</li> <li>10. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>11. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>12. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</li> <li>13. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</li> <li>14. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac oral Paracetamol</li> </ol>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 4, mengeluh sudah ada buang angin</p> <p>O : terlihat meringis, ,</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>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 , menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, ceterolac oral Paracetamol</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri</li> <li>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan sudah melakukan miring kanan miring kiri, klien juga mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan</p> <p>O : terlihat pasien melakukan miring kanan miring</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p>

	<p>pergerakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</li> <li>5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</li> </ol>	<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 pergerakan setelah operasi, menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</p>
	<p>Resiko Infeksi b.d</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Melakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<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 <math>12.53 \times 10^3/\text{mm}^3</math></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</p>

		<p>dengan pasien</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</p> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>
21 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>8. Mengukur tanda-tanda vital TD: 128/88 mmHg, N:79x/menit, S:37,5 RR:20x/menit</p> <p>9. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 5, Identifikasi skala nyeri</p> <p>10. melihat respons nyeri non verbal</p> <p>11. memberikan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>12. mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien</p> <p>13. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>14. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 4, mengeluh sudah ada buang angin</p> <p>O : terlihat meringis, ,</p> <p>TTV TD:136/875mmHg, N:78x/menit, suhu:37,5</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>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, caterolac oral Paracetamol</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan</p> <p>1. mengidentifikasi adanya</p>	<p>S: pasien mengatakan sudah melakukan miring kanan miring kiri, sudah mulai duduk klien juga mengeluh nyeri saat</p>

	<p>keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri</li> <li>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</li> <li>4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</li> <li>5. menganjurkan pasien untuk memanfaatkan pagar pada tempat tidur untuk membantu miring kanan dan miring kiri</li> </ol>	<p>melakukan pergerakan</p> <p>O : terlihat pasien melakukan miring kanan miring</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 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"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi: terlihat perban kotor, kemerahan tidak ada</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Melakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, berkurang pasien mengatakan demam tidak ada.</p> <p>O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien</p> <p>A: masalah terasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p> <p>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</p>

		<p>merapikan ruangan</p> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>
22 Mei 2023	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>7. Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/88 mmHg, N:79x/menit, S:37,6 RR:20x/menit</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. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</p> <p>12. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi berkurang , nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 3, mengatakan sudah BAB. Perut kembung tidak ada, pasien mengatakan sudah makan sedikit-sedikit</p> <p>O : terlihat meringis, , TTV TD:128/875mmHg, 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, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac 3x30 mg, ,terapi 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 banyak melakukan pergerakan</p> <p>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</p>	<p>S: pasien mengatakan sudah duduk-duduk tanpa bantuan tempat tidur</p> <p>O : terlihat pasien pasien sudah duduk-duduk</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>

	<p>4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</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 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"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Malakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang pada bagian perut, pasien mengatakan demam tidak ada.</p> <p>O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p> <p>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> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>

<p>23 Mei 2023</p>	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/88 mmHg, N:79x/menit, S:37,6 RR:20x/menit</li> <li>2. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 4 Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>4. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>5. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan</li> <li>6. memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac oral Paracetamol</li> </ol>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi berkurang , nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, mengeluh intensitas nyeri 3, mengatakan sudah BAB. Perut kembung tidak ada, pasien mengatakan sudah makan sedikit-sedikit</p> <p>O : terlihat meringis, , TTV TD:127/875mmHg, N:78x/menit, suhu:36,9 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, mengalirkan NGT untuk melihat residu lambung pasien, menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan , memberikan terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 gr, Ranitidene 2x50 mg, caterolac 3x30 mg, ,terapi oral paracetamol</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. menganjurkan pasien untuk banyak melakukan pergerakan</li> <li>3. mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan</li> <li>4. menjelaskan kepada pasien resiko jika tidak melakukan pergerakan setelah operasi</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan sudah berjalan ke taman depan ruangan</p> <p>O : terlihat pasien pasien sudah berjalan-jalan didepan ruangan</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>



	<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Malakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang pada bagian perut, pasien mengatakan demam tidak ada.</p> <p>O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>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> <p>Malakukan perawatan luka post operasi</p>
24 Mei 2023	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Mengukur tanda-tanda vital TD: 130/88 mmHg, N:79x/menit, S:36,7 RR:20x/menit</li> <li>8. menanyakan lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : 3 Identifikasi skala nyeri</li> <li>9. melihat respons nyeri non verbal</li> <li>10. memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>11. menganjurkan keluarga untuk merapikan lingkungan memberikan terapi injeksi Ranitidine, Ceftriaxone, caterolac</li> </ol>	<p>S: klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi berkurang ,</p> <p>O : meringis tidak ada,</p> <p>TTV TD:127/875mmHg, N:78x/menit, suhu:36,9 RR:20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi genggam jari dilanjutkan pasien dirumah</p>

	oral Paracetamol	
	<p>Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda gejala infeksi pada luka operasi: terlihat perban kotor,kemerahan tidak ada</li> <li>2. Menganjurkan keluarga untuk menunggu pasien 1 orang</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kotak dengan pasien</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk merapikan ruangan</li> <li>6. Malakukan perawatan luka post operasi</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang pada bagian perut,pasien mengatakan demam tidak ada. Pasien rencana pulang</p> <p>O: terlihat luka bersih, terlihat terdapat 2 luka pada perut pasien</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>

**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 Yohana Maylanda (223410964) mahasiswi Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik kesehatan Kemenkes Padang dengan judul “Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Ileus Obstruksi Untuk Penurunan Intensitas Nyeri Post Laparoskopi di Ruang Bedah Pria RSUP Dr.M. Djmil Padang”.

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

( )