



ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NYERI AKUT POST
OP LAPAROSKOPI KOLELITIASIS DENGAN TINDAKAN RELAKSASI
GENGGAM JARI DI RUANGAN DIGESTIF LONTARA 3 RSUP. Dr.
WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Di Susun Oleh :

APANI BOINAUW
A1C1241001

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS MEGAREZKY
MAKASSAR

2025



ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NYERI AKUT POST
OP LAPAROSKOPI KOLELITIASIS DENGAN TINDAKAN RELAKSASI
GENGGAM JARI DI RUANGAN DIGESTIF LONTARA 3 RSUP. Dr.
WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun Oleh :

APANI BOINAUW
A1C1241001

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS MEGAREZKY

MAKASSAR


2025

HALAMAN ORSINILITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Apani Boinauw

Nim : A1C1241001

Tanda Tangan : 

Tanggal : 9 Januari 2026

HALAMAN PERSUTUJUAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NYERI AKUT
POST OP LAPAROSKOPI KOLELITIASIS DENGAN TINDAKAN
RELAKSASI GENGAM JARI DI RUANGAN DIGESTIF
LONTARA 3 RSUP. Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR

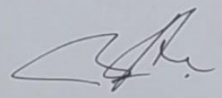
Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk
diujikan pada tanggal 9 Juli 2025

Pembimbing I

Pembimbing II



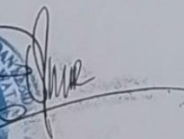

Ns. Sintawati, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0917068605



Ns. Risnawati, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0913078703

Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Iqwan Syarif, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0920089106

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Apani Boinauw

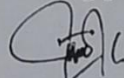
NIM : A1C1241001

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIA-N : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NYERI AKUT POST OP LAPAROSKOPI KOLELITIASIS DENGAN TINDAKAN RELAKSASI GENGAM JARI DI RUANGAN DIGESTIF LONTARA 3 RSUP. Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Megarezky

Penguji I



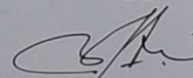
Ns. Indargairi, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0917118902

Penguji II



Ns. Sintawati, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0917068605

Penguji III



Ns. Risnawati, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0913078703

Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners



Ns. Iqwan Svarif, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0920089106

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul: “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Nyeri Akut Post Op Laparoskopi Kolelitiasis Dengan Tindakan Relaksasi Genggam Jari Di Rungan Digestif Lontara 3 Rsup. Dr. Wahidin Sudiruhosodo”, yang merupakan salah satu persyaratan untuk mencapai gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky. KIAN ini merupakan upaya dan kerja keras dari penulis untuk mendapatkan sesuatu yang terbaik, meskipun penulis menyadari bahwa di dalamnya masih banyak terdapat kekeliruan dan kekurangan serta masih jauh dari apa yang diharapkan.

Dalam penyusunan KIAN ini, penulis mengalami banyak tantangan dan hambatan, namun berkat usaha dan kemauan, kerja keras serta kerja sama yang baik dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan KIAN ini, oleh karena itu, perkenanlah penulis dengan segala hormat dan kerendahan hati mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya terkhusus penulis ucapkan kepada Ayahanda (Seng Boinauw) dan Ibunda (Jainun Rumaouw) serta seluruh keluarga besar penulis atas segala perhatian, pengorbanan, kasih sayang serta doa restunya yang luar biasa selama ini. Kepada Ibu Sintawati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Pembimbing I dan Ibu Risnawati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Pembimbing II dengan penuh kesabaran dan keikhlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan perhatian, bimbingan dan arahan kepada penulis, serta Ibu Indargairi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan KIAN ini.

Tak lupa pula penulis ucapkan terima kasih kepada

1. Dr. H. Alimuddin, SH., MH., MKn. Selaku Pembina Yayasan Megarezky Makassar.

2. Moch Noer Alim Qalby, S. H., L.L.M. Selaku ketua Yayasan Megarezky Makassar.
3. Prof. Dr. Anwar Ramli, S.E., M. Si. Selaku Rektor Universitas Megarezky.
4. Dr. Wilma, S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan.
5. Iqwan Syarif, S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
6. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Universitas Megarezky yang telah memberikan kemudahan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan selama ini.
7. Bapak Prof. Dr. dr. Syafri Kamsul Arif, Sp.An, KIC, KAKV yang sudah menerima kami untuk untuk melaksanakan praktik lapangan di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar.
8. Kakak dan Adikku, Dhia, Emang, Sahril, Nia dan Fadli beserta keluarga besar Boinauw dan Rumaouw yang telah memberikan dukungan dan doa.
9. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Angkatan XV.1, dan kepada Abang Opan, Iyanko, Indaken, kk pina, Tudang, Enal dan teman-teman yang tak dapat penulis sebutkan satu per satu yang secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan dukungan, dorongan moril dan berbagai bantuan selama perkuliahan sampai menyelesaikan pendidikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan hati terbuka penulis siap menerima kritik dan saran dari pihak manapun yang konstruktif dan sifatnya membangun untuk kesempurnaan penulis yang akan datang.

Makassar, Juli 2025

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR**

Sebagai sivitas akademik Universitas Megarezky, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **Apani Boinauw, S. Kep**
NIM : **A1C1241001**
Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**
Jenis Karya : **Karya Ilmiah Akhir Ners**

Demi Pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Megarezky Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non – exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NYERI AKUT
POST OP LAPAROSKOPI KOLELITIASIS DENGAN TINDAKAN
RELAKSASI GENGAM JARI DI RUANGAN DIGESTIF
LONTARA 3 RSUP. Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Megarezky berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Makassar

Pada Tanggal : Juli, 2025

Yang Menyatakan



Apani Boinauw, S.Kep

Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Universitas Megarezky
KIAN, Juli 2025
Apani Boinauw¹⁾, Sintawati²⁾, Risnawati³⁾
Email : apaniboinauw@gmail.com

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NYERI AKUT POST OP LAPAROSKOPI KOLELITIASIS DENGAN TINDAKAN RELAKSASI GENGGAM JARI DI RUANGAN DIGESTIF LONTARA 3 RSUP. Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Latar Belakang: Kolesistektomi laparoskopik diindikasikan untuk mengobati kolesistitis (akut/kronis), kolelitiasis simtomatik, diskinesia bilier, kolesistitis akalkulus, pankreatitis batu empedu, dan massa/polip kantong empedu. Teknik genggam jari merupakan kombinasi antara relaksasi nafas dalam dan genggam jari-jari tangan menggunakan waktu yang relatif singkat. Sensasi yang dirasakan ketika melakukan teknik ini memberikan perasaan nyaman, lebih rileks sehingga dapat menurunkan tingkat nyeri. Relaksasi genggam jari tangan dapat dilakukan secara mandiri dengan cara menggenggam jari satu persatu mulai dari ibu jari sampai jari kelingking kemudian ganti tangan selanjutnya.

Tujuan: Bagaimana menganalisis asuhan keperawatan pada pasien nyeri akut post laparoskopik kolelitiasis dengan intervensi pemberian terapi relaksasi genggam jari menurunkan nyeri akut pada pasien post op laparoskopik kolelitiasis

Metode: Studi kasus pada Ny. W yang dirawat di Ruang Digestif Lontara 3 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Implementasi dilakukan selama 3 hari, satu kali sehari, dengan pemberian relaksasi genggam jari untuk menurunkan nyeri selama 10 menit dengan genggam satu jari ± 2 menit

Hasil: Setelah implementasi selama tiga hari, didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri post op laparoskopik sudah berkurang, pasien tampak tidak meringis ketika bergerak, pasien tampak tersenyum, dan pada saat di evaluasi skala nyeri 3 NRS (*numeric rating scale*).

Kesimpulan: Pemberian terapi non farmakologis relaksasi genggam jari didapatkan hasil terjadi penurunan tingkat nyeri, setelah itu implementasi keluarga dimana rutin untuk melaksanakan relaksasi genggam jari minimal satu hari sekali, untuk mengurangi rasa nyeri.

Rekomendasi: Intervensi ini diharapkan menjadi referensi bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan dapat menjadi alternatif mandiri bagi pasien serta keluarga dalam mengelola kecemasan yang berkelanjutan.

Kata Kunci: *laparoskopik Kolesistektomi, Relaksasi Genggam Jari, Tingkat Nyeri*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN ORSINILITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	8
B. Konsep Asuhan Keperawatan	20
C. Konsep Nyeri	36
D. Konsep Relaksasi Genggam Jari.....	49
BAB III TINJAUAN ASUHAN KEPERAWATAN	

A. Pengkajian.....	58
B. Diagnosa Keperawatan.....	71
C. Intervensi Keperawatan.....	73
D. Implementasi Keperawatan.....	76
E. Evaluasi Keperawatan.....	84

BAB IV ANALISIS SITUASI

A. Profil Lahan Praktik.....	91
B. Visi-Misi	92
C. Analisis Asuhan Keperawatan Ny. W Dengan Konsep Post Op Laparoskopi Kolelitiasis	93
D. Analisis Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.....	95
E. Alternatif Pemecah Masalah Yang Dapat Dilakukan	99

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	101
B. Saran.....	102

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Instrumen Laparoskopi.....	14
Gambar 2.2 Pathway	19
Gambar 2.3 Skala Nyeri VAS	45
Gambar 2.4 Skala Nyeri NRS	45
Gambar 2.5 Skala Nyeri VDS	47
Gambar 2.6 Skala Nyeri Wajah	47
Gambar 2.7 Genogram	60

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Intervensi Keperawatan	28
Tabel 2.2 Sop Teknik Relaksasi Genggam Jari	54
Tabel 3.1 Pengkajian Pola Kesehatan	64
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	67
Tabel 3.3 Terapi Obat	69
Tabel 3.4 Analisa Data	70
Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan	71
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan.....	73
Tabel 3.7 Impelementasi Keperawatan	76
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan.....	84
Tabel 4.1 Evaluasi Perkembangan	97

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i>	112
Lampiran 2 Sop Relaksasi Genggam Jari	113
Lampiran 3 Evaluasi Perkembangan.....	116
Lampiran 4 Lembar Kegiatan Bimbingan.....	117

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kolesistektomi laparoskopik diindikasikan untuk mengobati kolesistitis (akut/kronis), kolelitiasis simtomatik, diskinesia bilier, kolesistitis akalkulus, pankreatitis batu empedu, dan massa/polip kantong empedu (Strasberg, Steven M. MD, 2018). Indikasi ini sama untuk kolesistektomi terbuka. Kasus kanker kantong empedu biasanya paling baik diobati dengan kolesistektomi terbuka. Sekitar 20 juta orang di Amerika Serikat memiliki batu empedu. Dari orang-orang ini, sekitar 300.000 kolesistektomi dilakukan setiap tahun. Sepuluh persen hingga 15% dari populasi memiliki batu empedu asimtomatik. Dari jumlah tersebut, 20% bersifat simtomatik (kolik bilier). Dari 20% yang bergejala, sekitar 1% hingga 4% akan menunjukkan komplikasi (kolesistitis akut, pankreatitis batu empedu, koledokolitiasis, ileus batu empedu) (Blythe et al., 2018). Insiden batu empedu meningkat seiring bertambahnya usia, dengan wanita lebih mungkin membentuk batu empedu daripada pria. Berusia 50 hingga 65 tahun, sekitar 20% wanita dan 5% pria memiliki batu empedu. Secara keseluruhan, 75% batu empedu terdiri dari kolesterol, dan 25% lainnya berpigmen. Meskipun komposisi batu empedu, tanda dan gejala klinisnya sama (Kose et al., 2018).

Penelitian menunjukkan lebih dari 13 juta laparoskopik dilakukan secara global setiap tahun. Angka-angka diperkirakan akan tumbuh sebesar 1% selama lima tahun depan departemen bedah Beira mengidentifikasi 363

prosedur laparoscopi, terutama yang berkaitan dengan penyakit ginekologi, kolelitiasis, dan usus buntu dengan hanya tingkat komplikasi 1,6% (6 kasus) dan konversi 1,9% (7 kasus) untuk operasi Bedah terbuka (Nisa, 2023).

Kolesistektomi laparoscopi adalah prosedur yang paling umum untuk menghilangkan batu empedu, terutama pada kondisi yang menyebabkan komplikasi seperti kolangitis, sedangkan alternatif penanganan non- bedah menghancurkan batu dengan obat-obatan seperti asam chenodeoxycholic atau ursodeoxycholic (UDCA), extracorporeal shock- wave lithotripsy (ESWL), menggunakan obat langsung di kantong empedu. Prosedur pembedahan yang dilakukan dapat mempengaruhi individu dan pasti akan menimbulkan cedera dan nyeri. Pasien menderita nyeri hebat setelah operasi dan 75% pasien mengalami reaksi merugikan akibat manajemen nyeri yang buruk. Nyeri disebut sebagai pengalaman sensorik yang tidak mengasyikkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan (Zuhair, 2021). Nyeri pasca operasi merupakan nyeri akut kritis yang dapat mengganggu proses penyembuhan pasien. Nyeri pasca operasi mengganggu partisipasi aktif pasien dan meningkatkan risiko komplikasi akibat imobilisasi. Nyeri yang tidak terkontrol dapat menunda rehabilitasi dan memperpanjang rawat inap (Helci, 2023).

Manajemen nyeri adalah prosedur penatalaksanaan untuk penanganan nyeri, manajemen dalam penanganan nyeri yaitu secara farmakologi dan non farmakologi. Tindakan farmakologis biasanya diberikan dengan pemberian analgetik untuk menghilangkan rasa nyeri.

Untuk terapi non farmakologis digunakan sebagai pendamping obat untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung relatif singkat, dapat dilakukan dengan teknik relaksasi nafas dalam, kompres, dan teknik relaksasi genggam jari (Wati & Ernawati, 2020). Terapi relaksasi adalah cara untuk menghilangkan ketegangan mental dan fisik serta stres dan membuat rasa sakit lebih tertahankan. (Nilawati & Prastiwi, 2023) menjelaskan untuk nyeri ringan hingga sedang dapat diatasi dengan prosedur relaksasi seperti relaksasi genggam jari. Faktor pendukung teknik relaksasi ini adalah mudah dilakukan oleh siapa saja dan hanya menggunakan jari tangan pasien sendiri sebagai medianya (Widodo & Trisetia, 2022).

Teknik genggam jari merupakan kombinasi antara relaksasi nafas dalam dan genggam jari-jari tangan menggunakan waktu yang relatif singkat. Sensasi yang dirasakan ketika melakukan teknik ini memberikan perasaan nyaman, lebih rileks sehingga dapat menurunkan tingkat nyeri. Relaksasi genggam jari tangan dapat dilakukan secara mandiri dengan cara menggenggam jari satu persatu mulai dari ibu jari sampai jari kelingking kemudian ganti tangan selanjutnya. Teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama ± 30 menit sambil menarik nafas dalam perlahan dari hidung kemudian hembuskan perlahan dengan mulut. Ini dapat memberikan ketenangan pikiran, mengendalikan emosi, meningkatkan sirkulasi darah dan memungkinkan pengendalian diri selama sensasi tidak nyaman (Wati & Ernawati, 2020).

Berdasarkan latar belakang di atas masalah yang dialami pasien setelah operasi laparoskopi antara lain nyeri akut dan keterbatasan mobilitas. Penatalaksanaan keperawatan pasien pasca bedah laparoskopi terutama terdiri dari penatalaksanaan nyeri, pengajaran relaksasi melalui pernapasan dalam untuk mengurangi nyeri, dan pengajaran teknik mobilisasi dini. Rata-rata lama rawat inap pasien adalah 3 hari, dan tidak ada komplikasi yang diamati selama perawatan. Sehingga penulis tertarik secara keseluruhan dengan studi kasus ini yaitu analisis asuhan keperawatan pada pasien nyeri akut post op laparoskopi kolelitiasis dengan tindakan relaksasi genggam jari di ruangan digestif Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo.

B. Rumusan Masalah

Saat ini penatalaksanaan kolelitiasis menggunakan laparoskopi merupakan tindakan yang paling umum dilakukan untuk pengangkatan batu empedu. Pasca pembedahan pasien merasakan nyeri hebat yang akan menghambat kemampuan pasien untuk terlibat aktif dan meningkatkan risiko komplikasi.

Berdasarkan uraian di atas maka rumusan masalahnya adalah bagaimana analisis asuhan keperawatan pada pasien nyeri akut post laparoskopi kolelitiasis dengan tindakan pemberian terapi relaksasi genggam jari menurunkan nyeri akut pada pasien Ny. W post op laparoskopi kolelitiasis di ruangan Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

- a. Menganalisa asuhan keperawatan dengan penerapan terapi relaksasi genggam jari menurunkan nyeri akut pada pasien post op laparoskopi kolelitiasis di ruangan Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian dan menganalisa pasien dengan nyeri akut post op laparoskopi kolelitiasis dengan tindakan relaksasi genggam jari di ruang Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar.
- b. Menegakkan perumusan diagnosa keperawatan pasien nyeri akut post op laparoskopi kolelitiasis dengan tindakan relaksasi genggam jari di ruang Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar.
- c. Menegakkan intervensi keperawatan pasien nyeri akut post op laparoskopi kolelitiasis dengan intervensi relaksasi genggam jari di ruang Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pasien nyeri akut post op laparoskopi kolelitiasis dengan intervensi relaksasi genggam jari di ruang Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar.
- e. Melatih evaluasi pasien nyeri akut post op laparoskopi kolelitiasis dengan intervensi relaksasi genggam jari di ruang Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar.

- f. Menegakkan analisa intervensi pemberian relaksasi genggam jari pasien nyeri akut post op laparoskopi kolelitiasis dengan intervensi relaksasi genggam jari di ruang Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar.

D. Manfaat

1. Manfaat Keilmuan

Diharapkan hasil studi ini dapat menambahkan pengetahuan dan mengembangkan pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien nyeri akut post op laparoskopi kolelitiasis dengan tindakan relaksasi genggam jari di ruang Lontara 3 RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar.

2. Manfaat Aplikatif

- a. Bagi Pendidikan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pasien dengan post op kolelitiasis

- b. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini dapat dapat memberikan informasi atau gambaran untuk penulis dan dapat mengembangkan penelitian selanjutnya menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan Karya Ilmiah Akhir-Ners pada asuhan keperawatan pada pasien dengan post op kolelitiasis.

c. Bagi Rumah Sakit

Hasil KIA-N ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan medical bedah dan sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien post op kolelitiasis

d. Bagi Pasien

Meningkatkan pengetahuan dan informasi bagi pasien dalam mengurangi skala nyeri post operasi kolelitiasis dengan penerapan relaksasi gengam jari.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi Laparoscopi

Laparoscopic surgery adalah teknik pembedahan minimal invasif yang digunakan di daerah abdomen dan pelvis. Operasi laparoscopi menggunakan dua hingga empat sayatan kecil berukuran setengah inci atau kurang. Dimana satu sayatan untuk kamera, dan sayatan lainnya untuk instrument bedah. Operasi minimal invasif disebut “keyhole surgery”, mengacu pada sayatan berukuran kecil (Buia et al., 2015)

Laparoscopi adalah alat bedah diagnostik dan terapeutik yang digunakan untuk melihat organ intra-abdominal. Biasanya dilakukan untuk tujuan diagnostik, untuk mencari masalah yang belum dapat diidentifikasi dengan test pencitraan (Hardi & Hendri, 2021)

2. Sejarah Tindakan Laparoscopi

a. The Evolution of Laparoscopi

Philip Bozzini dianggap berperan dalam pengembangan cystoscope pertama, meskipun tidak pernah digunakan pada manusia. Pada 1805, ia mengembangkan sistem lilin dan cermin untuk memeriksa kandung kemih anjing (Nisa, 2023).

Pelaksanaan prosedur laparoscopi pertama dikaitkan dengan George Kelling, seorang ahli bedah dari Dresden (1901), meskipun Dimitri Ott, seorang ginekolog dari St. Petersburg, yang diyakini telah berhasil pada tahun yang sama. Kelling, bagaimanapun, telah memperkenalkan cystoscope ke dalam kehidupan anjing melalui sayatan kecil di dinding perut dan memeriksa rongga peritoneum, yang menciptakan teknik “celioscopy”. Hans Christian Jacobaeus (1879-1937), seorang ahli bedah Stockholm telah menyesuaikan dan mengembangkan teknik ini, yang ia sebut laparoscopy. Setelah penelitian awal pada mayat, ia mulai menggunakan pendekatan pada

pasien dengan asites dan efusi pleura. Pada tahun 1910, ia menerbitkan laporan pertama tentang penggunaan laparoskopi pada 17 pasien dan menceritakan pengalamannya dengan thoracoscopy pada dua pasien (A M Kaiser, 2020).

Pada tahun-tahun berikutnya, laparoskopi menjadi prosedur yang diterima untuk tujuan diagnostik dan menilai penyakit hati, perlengketan intra-abdomen ringan, tumor, dan peradangan. Karena penerapan terapeutik dari teknik ini hanya secara teori, ahli bedah umum kehilangan minat. Pada tahun 1927, Korbsch menerbitkan textbook pertama tentang laparoscopy dan thoracoscopy (A M Kaiser, 2020)

b. The Evolution of Laparoskopi Surgery

Seorang ahli gastroenterology Jerman, Heinz Kalk, mengembangkan laparoskop yang lebih unggul dengan lensa yang lebih baik dan dengan lingkup pengamatan pertama yang lebih maju pada tahun 1929, memberinya gelar “Bapak Laparoskopi Modern”. Kalk memelopori banyak teknik diagnostik, termasuk teknik yang aman untuk laparoskopi biopsi hati (Nisa, 2023).

Pada tahun 1929, ahli hepatologi Jerman, Heinz Kalk, memodifikasi sistem lensa endoskopi dan mengembangkan endoskopi sudut 45 derajat. Sistem optik baru ini memungkinkan seseorang untuk memvisualisasikan hati, termasuk kubah. Selain itu, pengenalan Teknik trocar ganda memungkinkan ahli bedah membawa instrumen kerja ke dalam perut dan melakukan biopsi hati dibawah kendali visual langsung. Dalam 21 artikel yang diterbitkan Kalk antara tahun 1929 dan 1959, disajikan lebih dari 2000 biopsi hati dan berbagai aspek lain dari laparoskop (A M Kaiser, 2020).

Pada tahun 1930-an, John Ruddock, seorang internis, mempopulerkan laparoskopi di Amerika Serikat. Dengan menggunakan lingkup pandangan ke depan yang mirip dengan Kalk, ia memuji manfaat laparoskopi diagnostik sebagai alternatif

laparotomi yang lebih aman dan tidak terlalu invasif. Tujuan dari Minimally Invasive Surgery (MIS) telah diidentifikasi dengan jelas. Selama beberapa dekade awal abad ke-20, laparoskopi adalah alat diagnostik untuk gangguan abdominal. Konsep laparoskopi melintasi batas antara pengobatan diagnostik dan operasi terapeutik, berkat pelopor ahli bedah Professor Kurt Semm (1927-2003) (Antoniou et al., 2015). Pada tahun 1983, Kurt Semm melakukan operasi laparoskopi usus buntu pertama, yang memberinya kritik dan sensor daripada penghargaan. The German Board of Surgery menghukumnya. Ahli bedah pertama yang melakukan laparoskopi kolesistektomi mengalami nasib yang sama (Nisa, 2023).

c. Acceptance By Surgeon

Sebagian besar ahli bedah terus mengamati evolusi bedah laparoskopi dari jarak jauh, menganggapnya hanya sebagai Teknik diagnosis diantara banyak modalitas yang berkembang (computed tomography, ultrasound, dan sebagainya). Terinspirasi oleh keberhasilan prosedur ginekologi, seperti yang dilakukan oleh Senn dan lainnya, ahli bedah Jerman, Erich Muhe, mengembangkan galloskopnya dan melakukan laparoskopi kolesistektomi pertama pada tahun 1985 (A M Kaiser, 2020).

Erich Muhe menggunakan galloskop, laparoskop penglihatan langsung sepanjang 3 cm dari rancangannya sendiri untuk mengangkat gallbladder. Dia mempresentasikan karyanya pada Congress of the German Surgical Society pada tahun 1986. (Nisa, 2023)

Professor Erich Muhe melakukan laparoskopik kolesistektomi pertama pada tahun 1985, meskipun Philippe Mouret sering disebut-sebut melakukan prosedur yang pertama. Muhe telah bekerja sebagai asisten di Erlangen, sebuah pusat universitas di Jerman dengan banyak pengalaman dalam prosedur endoskopi, dan

telah mempraktekkan polipektomi rektosigmoid dengan instrument endoskopi sejak tahun 1977. (Antoniou et al., 2015)

d. Video Laparoscopy

Teknologi video sedang dikembangkan pada tahun 1960-an dan disebut sebut untuk tujuan dan dokumentasi pengajaran, namun resolusinya tidak cukup untuk laparoscopi operatif. Pada tahun 1977, Berci masih menganjurkan teknologi video untuk mengajar dan dokumentasi saja. Namun, seorang dokter kandungan pemula di Buffalo, New York, memiliki visi untuk memasang kamera video ke lensa mata laparoscopi dan bekerja di monitor.

Selama awal hingga pertengahan tahun 1980-an, gambar-gambar videoscopi diterapkan pada endoskopi dan akhirnya pada laparoscopi. Teknologi itu sekarang telah digunakan untuk mendukung beberapa orang yang bekerja bersama dengan laparoscopi. Syarat “minimally invasive surgery” diciptakan oleh ahli urologi Inggris Mr. John Wicker, yang mendirikan departemen bedah minimal invasif di the Institute for Urological Surgery pada tahun 1983 (Nisa, 2023)

e. Revolution of Laparoscopy Surgery

Musim perubahan telah tiba. Media turut memperlancar suasana, dan para pasien, begitu diberi tahu, menuntut pembedahan baru. Lingkungan saat ini menguntungkan untuk meminimalkan pembedahan invasif. Teknologi ini, khususnya videolaparoscopy, telah berkembang, dan perusahaan instrumen bekerja mati-matian untuk memenuhi permintaan dan mengembangkan instrumen untuk memfasilitasi operasi baru (Nisa, 2023)

Pada tahun 1992, hanya 5 tahun setelah prosedur pertama, National Institutes of Health Consensus Conference menyatakan bahwa laparoscopi kolesistektomi harus menjadi pilihan operasi untuk kolelitiasis tanpa komplikasi. Sejak itu, banyak operasi laparoscopi lainnya dikembangkan, termasuk miotomi esofagus

untuk achalasia, splenectomy, nephrectomy, adrenalectomy, resection of selected liver lesions, and teknik palliative by pass untuk lesi obstruksi di kepala pancreas, seperti gastrojejunostomy dan cholecystoenterostomy. Pembedahan laparoskopik untuk kanker telah menjadi subjek penyelidikan intensif karena kekhawatiran apakah Teknik laparoskopik akan berdampak buruk terhadap risiko atau pola kekambuhan kanker (Antoniou et al., 2015)

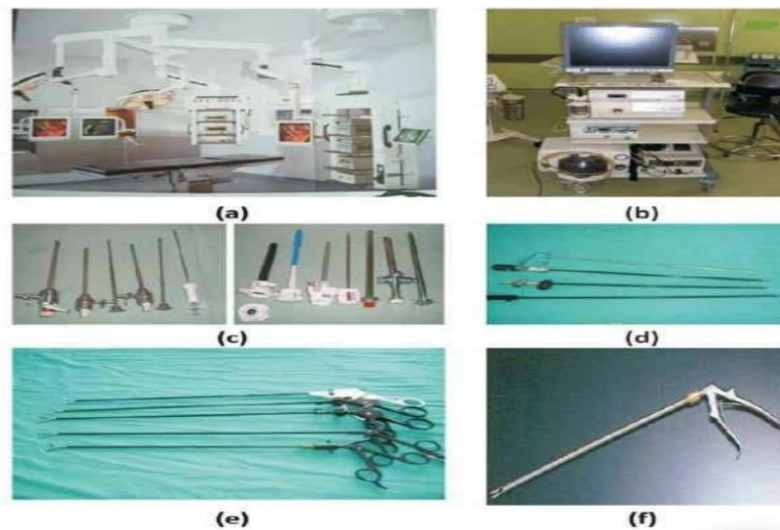
3. Instrument Laparoscopi

Elemen kunci pada laparoscopi adalah penggunaan laparoskop. Ada dua tipe laparoskop yaitu:

- a. Sistem teleskop batang, yang biasanya dihubungkan dengan kamera video (single chip atau three chip)
- b. laparoskop digital dimana charge-couple device ditempatkan pada ujung laparoskop. Laparoscopi juga menggunakan lampu yang dingin seperti halogen atau xenon. Lapangan operasi dilihat dengan hand instrument yang dimasukkan abdomen melalui trokar 5 mm atau 10 mm. Gas karbondioksida dimasukkan ke dalam abdomen sehingga menaikkan dinding abdomen di atas organ intraabdomen menjadi seperti kubah untuk menghasilkan ruang bekerja. Penggunaan gas karbondioksida karena gas terdapat tubuh manusia dan dapat diserap oleh jaringan dan dibuang melalui sistem pernafasan. Selain itu, karbondioksida juga tidak mudah terbakar, sehingga tidak mengganggu alat kauter selama prosedur laparoscopi (Fuadi, 2020).

Ruang laparoscopi modern dapat dilihat pada Gambar 1a. Adapun perlengkapan yang dibutuhkan dalam laparoscopi menurut Scott-Conner (2006) adalah sebagai berikut: meja operasi elektrik (bila tersedia), dua video monitor, suction irrigator, electrosurgical unit dengan bantalan ground, ultrasonically activated scissors, scalpel, perlengkapan laparoskop lain: sumber cahaya, insufflator, video cassette recorder (VCR), color printer, monitor on articulating

arm, camera-processor unit (Gambar 1b), c-arm x-ray unit (jika direncanakan cholangiography), meja mayo yang dilengkapi instrumen laparoscopi, antara lain: scalpel nomor 11 dan 15 beserta pegangannya, towel clips, Veress needle (Gambar 1c), pipa insufflator dengan micropore filter, kabel fiberoptik dihubungkan ke laparoskop dengan sumber cahaya, video kamera dengan kabelnya, kabel yang dihubungkan instrumen laparoscopi ke electrosurgical unit, curved hemostatic forceps, retraktor kecil untuk umbilikus, trokar (Gambar 1c dan 1d), laparoscopic instruments, antara lain: atraumatic graspers; Locking toothed jawed graspers; needle holders; dissectors: curved, straight, right-angle; bowel grasping forceps; babcock clamp; scissors: metzenbaum, hook, microtip; fan retractors: 10mm, 5mm; specialized retractors, seperti endoscopic curved retractors; biopsy forceps; tru-Cut biopsy-core needle, monopolar electrocautery dissection tools, yang terdiri dari: L-shaped hook dan spade-type dissector/coagulator (Gambar 1e), ultrasonically activated scalpel, antara lain: scalpel, ball coagulator, hook dissector, dan scissors dissector/coagulator/transector (Gambar 1d), endocoagulator probe, basket yang terdiri dari: clip appliers, endoscopic stapling devices, pretied suture ligatures, endoscopic suture materials, dan extra trocars (Gambar 1f).



Gambar 2.1: Instrumen laparoskop: (a) ruang laparoskop modern; (b) Laparoscopy set ; (c) Veress needle dan trokar; (d) Irrigator, cauter monopolar dan bipolar; (e) Grasper, disector, scissor; (f) Clip applicator

4. Penggunaan Laparoskop

Prosedur laparoskop dapat dipergunakan untuk bermacam-macam pembedahan seperti laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic common bile duct surgery, laparoscopic fundoplication for GERD, laparoscopic Nissen and Toupet fundoplication, laparoscopic gastric banding for morbid obesity, laparoscopic Heller esophagomyotomy for achalasia, laparoscopic splenectomy, laparoscopic appendectomy, laparoscopic left colectomy, laparoscopic right colectomy, laparoscopic total colectomy, laparoscopic rectopexy for rectal prolapse, laparoscopic hernia repair, dan lain-lain (Dulucq, 2005). Dalam pdf-laparoskopi-kolesistektomi_compres (Fuadi, 2020).

5. Laparoskop Kolesistektomi

a. Definisi

Laparoskopi kolesistektomi adalah prosedur pembedahan minimal invasif untuk mengangkat kandung empedu yang mengalami gangguan, terutama akibat kolelitiasis (batu empedu). Prosedur ini dilakukan dengan menggunakan laparoskop sebuah

instrumen berbentuk tabung yang dilengkapi dengan kamera dan cahaya yang dimasukkan melalui sayatan kecil pada dinding perut. Kolesistektomi terbuka merupakan tindakan pembedahan abdomen yang besar, dimana ahli bedah mengambil kandung empedu melalui irisan panjang 10-18 cm. Kolesistektomi terencana pertama dilakukan oleh Karl Lungenbach dari Jerman pada tahun 1882. Lebih dari satu abad, kolesistektomi terbuka menjadi standar pengelolaan kolelitiasis simtomatis. Pasien biasanya harus menginap di rumah sakit untuk beberapa hari dan membutuhkan pemulihan beberapa hari di rumah (Fuadi, 2020).

Laparoskopi kolesistektomi pertama dilakukan oleh Phillippe Mouret tahun 1987. Banyak ahli bedah kemudian berusaha mencoba teknik baru ini. Awalnya banyak operasi yang didorong oleh permintaan yang kuat dari masyarakat dan didukung oleh perusahaan komersial (MacFadyen, 2004). Pada saat ini, kolesistektomi per laparoskopi merupakan metode pilihan (Leo et al., 2006; Schietroma et al., 2004) dan menjadi gold standart pengelolaan kolelitiasis simtomatis (Tayeb et al., 2005). Bedah laparoskopi mempunyai beberapa keuntungan antara lain pasien cepat pulih, sedikit nyeri, dan lebih cepat kembali bekerja (Vittimberga, 1998). Bedah laparoskopi berhubungan dengan insisi kulit yang kecil sehingga membuat kondisi setelah operasi lebih menyenangkan bagi pasien (Schietroma et al., 2004).

Teknik ini memberikan banyak keuntungan yaitu meningkatkan pemulihan pasien dengan mengurangi nyeri, waktu tinggal di rumah sakit lebih pendek, dan lebih cepat kembali ke aktivitas harian yang normal (Vittimberga et al., 1998; MacFadyen, 2004; Tayeb et al., 2005; Leo et al., 2006). Bedah laparoskopi berhubungan dengan insisi kulit yang kecil, sehingga membuat kondisi setelah operasi lebih menyenangkan bagi pasien (Haris,

2008). Pendekatan ini juga lebih hemat bagi penyelenggara kesehatan (Schietroma et al., 2004) di dalam (Fuadi, 2020).

b. Prosedur

Laparoskopi kolesistektomi dilakukan melalui 3–4 sayatan kecil (biasanya berukuran 0,5–1 cm). Melalui salah satu sayatan, laparoskop dimasukkan untuk memvisualisasi organ, dan melalui sayatan lainnya dimasukkan instrumen untuk melakukan diseksi, kliping, dan pemotongan duktus sistikus serta arteri sistikus, lalu kandung empedu diangkat dari tempatnya (Brunt et al., 2021).

Laparoskopi kolesistektomi merupakan prosedur laparoskopi yang paling sering dijalankan. Pada prosedur ini, instrumen 5-10 mm (seperti grasper, gunting, clip applicator) dapat dimasukkan oleh ahli bedah ke dalam abdomen melalui trokar (pipa lubang dengan pengunci agar gas karbon dioksida tidak keluar) (Fuadi, 2020). Laparoskopi kolesistektomi umumnya menggunakan empat port, yaitu:

1. (1) Port untuk laparoskop yang ditempatkan dekat umbilicus (port A), ukuran port tergantung dari ukuran laparoskop yang akan dipergunakan (10 mm atau 5 mm)
2. (2) Port untuk operasi merupakan port operasi utama, diletakkan di bawah liver sedikit di kanan ligamentum falsifarum (port B) dan diletakkan setelah visualisasi laparoskopi dapat terlihat dengan jelas, untuk menghindari cedera arteri epigastrica inferior pada sarung rectus, maka dibutuhkan transiluminasi dinding abdomen;
3. (3) dan (4) Port pembantu, jumlahnya dua buah, ditempatkan pada lateral sarung rectus dan di bawah tepi bawah liver (port C dan D) (Whelan, 2006).

c. Indikasi

Indikasi utama laparoscopi kolesistektomi adalah:

1. Kolelitiasis simptomatik
2. Kolesistitis akut atau kronik
3. Polip kandung empedu >1 cm
4. Kolesistopati kalkulus (gangguan kandung empedu akibat batu)

Menurut Fried et al. (2022), pasien dengan kolelitiasis yang menimbulkan nyeri bilier berulang, mual, dan intoleransi terhadap makanan berlemak sangat dianjurkan untuk menjalani prosedur ini.

d. Komplikasi

Komplikasi umum termasuk tetapi tidak terbatas pada pendarahan, infeksi, dan kerusakan pada struktur di sekitarnya. Pendarahan merupakan komplikasi umum karena hati merupakan organ yang sangat vaskular. Dokter bedah yang berpengalaman harus memiliki pengetahuan tentang anomali anatomi arteri untuk mencegah potensi kehilangan darah yang signifikan. Komplikasi yang paling parah adalah cedera iatrogenik pada saluran empedu/hati. Cedera pada salah satu dari struktur ini mungkin memerlukan prosedur pembedahan lebih lanjut untuk mengalihkan aliran empedu ke dalam usus. Prosedur ini biasanya memerlukan ahli bedah hepatobilier yang terlatih khusus (Anne Marthe Schreuder, Olivier R Busch, Marc G Besselink, Povilas Ignatavicius, Antanas Gulbinas, Giedrius Barauskas, Dirk J Gouma, 2019)

Terakhir, meskipun bukan komplikasi, perubahan ke prosedur terbuka sudah jarang terjadi karena pengalaman dokter bedah meningkat selama bertahun-tahun. Perubahan ke prosedur terbuka menciptakan sayatan perut yang lebih besar, menyebabkan masalah pengendalian nyeri pascaoperasi yang signifikan, dan menyebabkan bekas luka yang tidak sedap dipandang. Perlu dicatat bahwa perubahan ke prosedur terbuka tidak boleh dilihat sebagai

komplikasi tetapi sebagai keputusan yang diambil oleh dokter bedah berpengalaman untuk merawat pasien dengan aman (SAGES, 2020).

Kebocoran empedu dapat mempersulit prosedur dan menimbulkan nyeri perut samar-samar, demam, dengan atau tanpa ciri khas hiperbilirubinemia langsung. Pasien yang mengalami komplikasi biasanya datang dalam minggu pertama setelah operasi. Penatalaksanaan harus dimulai dengan ultrasonografi diagnostik dan atau pemindaian CT abdomen. Dalam kasus koledokolitiasis yang tertahan, sfinkterotomi bilier wajib dilakukan. Kebocoran tingkat tinggi harus ditangani dengan sfinkterotomi dan pemasangan stent. Pemindaian HIDA untuk mengevaluasi kebocoran empedu direkomendasikan pada temuan yang meragukan pada CT atau ultrasonografi (SAGES, 2020).

Walau lebih aman, prosedur ini tidak bebas risiko. Komplikasi yang mungkin terjadi termasuk:

1. Cedera duktus biliaris (0,3–0,5%).
2. Perdarahan Infeksi luka.
3. Nyeri bahu akibat insuflasi CO₂ (referred pain)

Strasberg et al. (2010) menekankan pentingnya teknik identifikasi struktur anatomi yang aman (Critical View of Safety) untuk mencegah cedera saluran empedu.

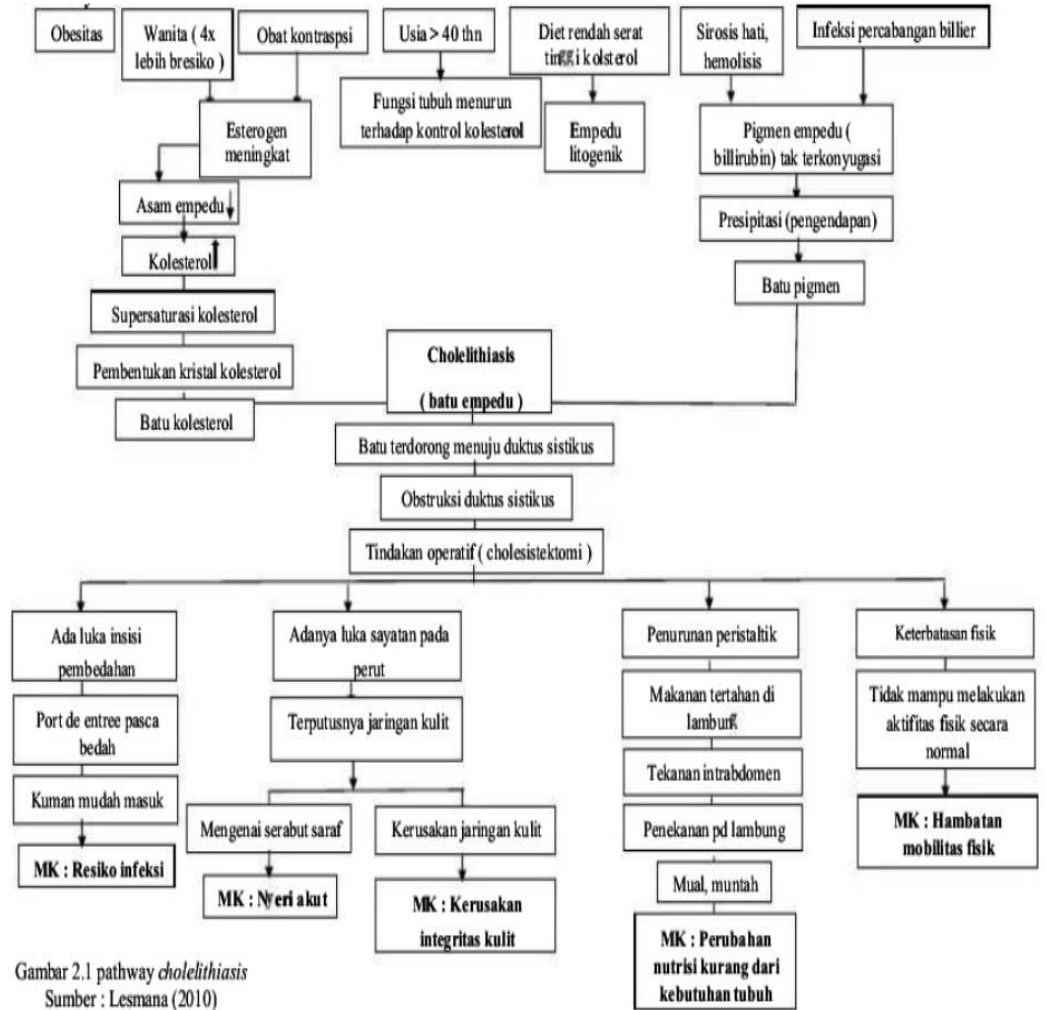
e. Kontraindikasi

Kontraindikasinya meliputi hal-hal berikut:

1. Ketidakmampuan untuk mentoleransi pneumoperitoneum atau anestesi umum
2. Koagulopati yang tidak dapat diperbaiki
3. Penyakit metastasis

Perlu dicatat bahwa meskipun kanker kandung empedu pernah menjadi kontraindikasi untuk kolesistektomi laparoskopik, literatur saat ini mendukung intervensi laparoskopik. (SAGES, 2020).

6. Pathway



Gambar 2.1 pathway *cholelithiasis*
 Sumber : Lesmana (2010)

Gambar 2.2 Pathway

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan di analisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah (Ilmiah & Sandi, 2021).

a. Anamnesa

1) Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, usia, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, bahasa yang digunakan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk RS, nomor register, diagnosa medis, dan semua data mengenai identitas klien tersebut. Cholelitisias biasanya ditemukan pada usia 20 -50 tahun, jenis kelamin pada perempuan lebih besar empat kali daripada laki-laki. Hal Ini dikarenakan oleh hormon esterogen berpengaruh terhadap peningkatan eskresi kolesterol oleh kandung empedu (Siti Umi Nurjannah, 2021).

2) Keluhan utama : keluhan utama pasien dengan kolelitiasis adalah nyeri kolik abdominal. Keluhan nyeri seperti terbakar dan tumpul. Rasa sakit yang paling hebat sering terletak di abdomen kanan atas dan dapat menyebar ke bahu kanan atau daerah punggung. Skala nyeri pada pada klien dengan kolelitiasis bervariasi pada rentang 2-7 (dari 0-7) yaitu nyeri berat sampai nyeri tak tertahankan/ berat sekali. Onset nyeri bervariasi sesuai dengan derajat okulasi atau obstruksi ductus dan keterlibatan saraf local akibat peningkatan kontraksi peristaltic billier. Lama nyeri biasanya berkisar 30-90 menit sampai relaksasi peristaltic terjadi. Kondisi nyeri biasanya juga disertai demam sampai menggigil dan disertai gangguan gastrointestinal seperti : rasa

seperti mual, muntah (Muttaqin & Sari, 2013) dalam (Widiastutik, 2022).

- 3) Riwayat penyakit sekarang : Merupakan keluhan yang dirasakan pasien post operasi, biasanya keluhan yang dirasakan adalah nyeri pada bagian luka operasi nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk pada area operasi dan sangat jarang terjadi penyebaran kecuali jika ada komplikasi. Skala nyeri sangat hebat pada 2 jam pertama pasca/ post operasi dikarenakan pengaruh obat anastesi mulai hilang, nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Sandra, 2013) dalam (Widiastutik, 2022). Nyeri yang dikaji utama melalui metode PQRST, paliatif atau provokatif (P) yaitu focus utama keluhan klien, quality atau kualitas (Q) yaitu bagaimana nyeri dirasakan oleh klien, regional (R) yaitu nyeri menjalar kemana, Safety (S) yaitu posisi yang bagaimana yang dapat mengurangi nyeri atau klien merasa nyaman dan Time (T) yaitu sejak kapan klien merasakan nyeri tersebut (Sari, 2022)
- 4) Riwayat penyakit dahulu : Dikaji apakah ada yang menjadi pemicu terjadinya cholelithiasis seperti riwayat obesitas, lalu kaji apakah sebelumnya pernah dirawat karena keluhan yang sama atau tidak. Disesuaikan dengan predisposisi penyebab kolelitiasis, seperti kondisi obesitas, penyakit DM, hipertensi, dan hyperlipidemia berhubungan dengan peningkatan sekresi kolesterol hepatica merupakan factor risiko utama untuk pengembangan batu empedu kolesterol. Kondisi kehamilan multipara, pasca bedah reseksi usus, penyakit crohn, reseksi lambung, dan penggunaan obat-obatan hormonal merupakan kejadian masa lalu yang harus di pertimbangkan. Serta riwayat sirosis hepatis yang menyebabkan splenomegaly menjadi predisposisi utama gangguan heme yang bisa meningkatkan risiko batu kalsium (Widiastutik, 2022).

5) Riwayat penyakit keluarga : Mengkaji ada atau tidaknya keluarga klien pernah menderita penyakit kolelitiasis. Penyakit kolelitiasis tidak menurun, karena penyakit ini menyerang sekelompok manusia yang memiliki pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat. Tapi orang dengan riwayat keluarga kolelitiasis mempunyai resiko lebih besar dibanding dengan tanpa riwayat keluarga.

6) Riwayat alergi :

7) Pengkajian pola gordon :

Adapun pengkajiannya sebagai berikut (Gordon, 2010; Potter & Perry, 2017)

a) Pola pemeliharaan kesehatan

Pasien pasca operasi laparoskopi kolesistektomi perlu dikaji terkait persepsi terhadap kesehatannya, termasuk pemahaman mengenai penyakit batu empedu dan alasan tindakan bedah. Pasien sering kali memiliki persepsi keliru tentang pemulihan dan pantangan makan pasca operasi (Gordon, 2010; Potter & Perry, 2017).

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Setelah operasi, pasien umumnya diberi diet cair sebelum kembali ke diet normal. Rasa tidak nyaman atau mual bisa muncul akibat efek anestesi. Luka operasi juga perlu dikaji dari aspek inflamasi dan risiko infeksi (Smeltzer & Bare, 2010). Pada pasien cholelithiasis sebelum sakit banyak mengkonsumsi makanan berkolesterol tinggi. Setelah sakit akan muncul gejala mual/muntah, nyeri pada ulu hati, dan tidak toleran terhadap lemak.

c) Pola eliminasi

Konstipasi merupakan masalah umum pasca operasi karena imobilisasi, diet rendah serat, dan penggunaan opioid. Retensi urin juga mungkin terjadi akibat anestesi spinal atau

ketidaknyamanan pasca operasi (Doenges et al., 2016). Pada klien post operasi dapat mengalami konstipasi sebagai efek dari puasanya. Menurut (Sandra, 2013), pola eliminasi klien post operasi kolelitiasis sebelum sakit klien BAB 1-2x sehari dan BAK 3-4x sehari, pada saat sesudah sakit klien post operasi kolelitiasis akan mengalami konstipasi sebagai efek dari puasanya dan terjadi perubahan warna urine dan feses pada pasien lebih gelap/ pekat.

d) Pola aktivitas dan latihan

Pasien cenderung mengalami keterbatasan mobilisasi akibat nyeri perut atau efek obat. Pengkajian diperlukan untuk menentukan toleransi terhadap aktivitas dan kebutuhan bantuan dalam bergerak (Brunner & Suddarth, 2010). Pasien setelah post operasi aktivitasnya akan sedikit terganggu karena terdapat nyeri luka post operasi.

e) Pola tidur dan istirahat

Pasien bisa mengalami gangguan tidur akibat nyeri pasca operasi, gangguan lingkungan rumah sakit, atau kecemasan. Hal ini berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka (Potter & Perry, 2017). Pada pasien post operasi pola tidurnya bisa saja terganggu karena adanya rasa nyeri yang membuat tidak nyaman.

f) Pola kognitif dan perseptual

Efek anestesi dan nyeri dapat mengganggu kognisi dan persepsi sensorik. Pasien perlu dikaji terhadap tingkat kesadaran, kemampuan memahami instruksi, dan keluhan nyeri (Doenges et al., 2016).

g) Pola persepsi diri

Operasi, meskipun minimal invasif, bisa memengaruhi persepsi tubuh pasien, terutama jika disertai

ketidakmampuan beraktivitas. Kecemasan terhadap ketergantungan pada orang lain juga umum terjadi (Kozier et al., 2010)

h) Pola peran dan hubungan

Peran dalam keluarga atau pekerjaan bisa terganggu selama masa pemulihan. Dukungan sosial sangat penting dalam mempercepat pemulihan mental dan fisik pasien (Gordon, 2010).

i) Pola seksualitas dan reproduksi

Meskipun jarang dikaji dalam fase akut, pasien dapat mengalami gangguan citra tubuh atau kekhawatiran berhubungan seksual pasca operasi. Edukasi terkait kapan aktivitas seksual aman dilakukan perlu diberikan (Potter & Perry, 2017).

j) Pola toleransi koping stress

Kecemasan terhadap komplikasi, ketidakpastian lama rawat inap, dan ketergantungan bisa menjadi sumber stres. Kemampuan koping yang baik sangat dibutuhkan dalam adaptasi terhadap kondisi baru (Kozier et al., 2010).

k) Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mungkin mengandalkan nilai religius atau kepercayaan dalam menghadapi proses penyembuhan. Spiritualitas dapat menjadi sumber kekuatan dalam proses adaptasi terhadap sakit (Doenges et al., 2016)

b. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada pasien post operasi kesadaran dapat composmentis sampai koma tergantung kondisi yang dialami

2) Tanda-tanda vital

Pada pasien dengan post operasi kolelitiasis kemungkinan terjadinya peningkatan suhu tubuh atau hipertermi, nadi cepat

(takikardi) bahkan lemah (bradykardi), tekanan darah meingkat, napas cepat dan dalam, dyspnea.

3) Pemeriksaan Head to Toe (Data fokus)

a) Kepala

Inspeksi : Pada pasien kolelitiasis bentuk kepala simetris, kebersihan kulit kepala, tidak adanya lesi, luka, atau benjolan, kondisi rambut (bersih, rontok, atau kusam)

Palpasi : Tidak ada benjolan atau massa abnormal, tidak ada nyeri tekan pada tulang kepala, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe di area kepala, tekstur kulit kepala normal, tidak ada edema atau hematoma. (Doenges et al., 2013; Smeltzer & Bare, 2010).

b) Mata

Inspeksi : Ikterus (jaundice). Sklera tampak kuning tanda obstruksi saluran empedu.

Palpasi : Palpasi area sekitar orbita untuk menilai adanya nyeri tekan, massa, atau edema periorbital. Tidak ada pembesaran atau nyeri tekan pada kelenjar lakrimal.

c) Telinga

Inspeksi : Bentuk, ukuran telinga, kesimetrisan telinga, warna, adaserumen atau tidak, ada tanda – tanda infeksi atau tidak.

Palpasi : Adanya nyeri tekan atau tidak.

d) Hidung

Inpeksi : Bentuk, posisi, lubang, ada lendir atau tidak, lesi, sumbatan, perdarahan tanda– tanda infeksi, adakah pernapasan cuping hidung atau tidak dan

Palpasi : adakah nyeri tekan atau tidak

e) Mulut

Inspeksi : Warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi dan stomatitis. Langit– langit keras (palatum durum) dan lunak,

tenggorokan, bentuk dan ukuran lidah, lesi, sekret, kesimetrisan bibir dan tanda–tanda sianosis.

f) Leher

Inspeksi : leher (pembesaran kelenjar) ada atau tidak.

Palpasi: kelenjar getah bening

g) Dada

Inspeksi : Kesimetrisan dada, adakah retraksi dinding dada,

Auskultasi : adakah bunyi napas tambahan (seperti ronchi, wheezing, crackels), adakah bunyi jantung tambahan seperti (mur mur), takipnea, dispnea, peningkatan frekwensi, kedalaman (pernafasan kusmaul).

Palpasi : ada pembesaran atau tidak

h) Perut

Inspeksi : perut tampak membesar,

Palpasi ginjal adanya nyeri tekan, palpasi hepar, adakah distensi, massa, palpasi seluruh kuadran abdomen. Biasanya pada Kolelitiasis terdapat nyeri pada perut bagian atas

Auskultasi : dengarkan bunyi bising usus,

Perkusi : timpani/dullness.

i) Ekstremitas

Inspeksi : pergerakan tangan dan kaki, kaji kekuatan otot,

Palpasi : ada nyeri tekan, benjolan atau massa

j) Kulit dan Kuku

Warna kulit apakah normal, pucat atau sianosis, rash lesi, bintik–bintik, ada atau tidak. Jika ada seperti apa, warna, bentuknya ada cairan atau tidak, kelembaban dan turgor kulit baik atau tidak.

4) Pemeriksaan fisik persistem

- a) Sistem pencernaan, kaji apakah ada mual/muntah, diare, distensi abdomen dan penurunan bising usus karena puasa.

- b) Sistem perkemihan, jumlah output urine kemungkinan lebih sedikit dengan perubahanwarna yang lebih gelap/pekat karena kehilangan cairan tubuh saat operasi atau karena adanya muntah.
 - c) Sistem integumen, pada pasien post operai terdapat adanya luka pada abdomen. Suhu tubuh dapat meningkat karena terjadi infeksi.
- 5) Aspek penunjang
- a) Hasil pemeriksaan laboratorium (elektrolit, hemoglobin, leukosit, bilirubin)
 - b) Obat-obatan satu terapi sesuai dengan anjuran dokter.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Menurut (Nurjannah & Sani, 2020) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada post operasi kolelitiasis yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

3. Intervensi

Menurut (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019) segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan. Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan. (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

Tabel : 2.1 Perencanaan intervensi keperawatan

No	DIAGNOSE	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri akut (D.0077) Berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agen pencedera fisiologis (mis.. inflamasi, iskemia, neoplasma) <input type="checkbox"/> Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) <input type="checkbox"/> Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) <p>Ditandai dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengeluh nyeri <input type="checkbox"/> Tampak meringis <input type="checkbox"/> Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Frekuensi nadi meningkat <input type="checkbox"/> Sulit tidur 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x jam di harapkan Tingkat Nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5) <input type="checkbox"/> Keluhan nyeri menurun (5) <input type="checkbox"/> Meringis menurun (5) <input type="checkbox"/> Sikap protektif menurun (5) <input type="checkbox"/> Gelisah menurun (5) <input type="checkbox"/> Kesulitan tidur menurun (5) <input type="checkbox"/> Menarik diri menurun (5) <input type="checkbox"/> Berfokus pada diri sendiri menurun (5) <input type="checkbox"/> Diaphoresis menurun (5) <input type="checkbox"/> Perasaan depresi (tertekan) menurun (5) <input type="checkbox"/> Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) <input type="checkbox"/> Anoreksi menurun (5) <input type="checkbox"/> Perineum terasa tertekan menurun (5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. <input type="checkbox"/> Identifikasi skala nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi respon nyeri non verbal <input type="checkbox"/> Identifikasi factor yang memperberat dan mempersingan nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <input type="checkbox"/> Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan <input type="checkbox"/> Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri relaksasi genggam jari. <input type="checkbox"/> Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). <input type="checkbox"/> Fasilitas istirahat dan tidur

		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Uterus teraba membulat menurun (5) <input type="checkbox"/> Ketegangan otot menurun (5) <input type="checkbox"/> Pupil dilatasi menurun (5) <input type="checkbox"/> Muntah menurun (5) <input type="checkbox"/> Mual menurun (5) <input type="checkbox"/> Frekuensi nadi membaik (5) <input type="checkbox"/> Pola napas membaik (5) <input type="checkbox"/> Tekanan darah membaik (5) <input type="checkbox"/> Proses berpikir membaik (5) <input type="checkbox"/> Focus membaik (5) <input type="checkbox"/> Fungsi berkemih membaik (5) <input type="checkbox"/> Perilaku membaik (5) <input type="checkbox"/> Nafsu makan membaik (5) <input type="checkbox"/> Pola tidur membaik (5) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemulihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <input type="checkbox"/> Jelaskan strategi meredakan nyeri <input type="checkbox"/> Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <input type="checkbox"/> Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
2.	<p>Risiko infeksi (D.0142) Berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus) <input type="checkbox"/> Efek prosedur invasive <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan <input type="checkbox"/> Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gangguan peristaltic <input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit <input type="checkbox"/> Perubahan sekresi pH <input type="checkbox"/> Penurunan kerja siliaris <input type="checkbox"/> Ketuban pecah lama 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...xjam di harapkan diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kebersihan tangan meningkat (5) <input type="checkbox"/> Kebersihan badan meningkat (5) <input type="checkbox"/> Demam menurun (5) <input type="checkbox"/> Kemerahan menurun (5) <input type="checkbox"/> Nyeri menurun (5) <input type="checkbox"/> Bengkak menurun (5) <input type="checkbox"/> Vesikel menurun (5) <input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk menurun (5) <input type="checkbox"/> Sputum berwarna hijau menurun (5) <input type="checkbox"/> Drainase purulent menurun (5) <input type="checkbox"/> Pyuria menurun (5) 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Batasi jumlah pengunjung <input type="checkbox"/> Berikan perawatan kulit pada area edema <input type="checkbox"/> Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <input type="checkbox"/> Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan dan gejala infeksi <input type="checkbox"/> Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar <input type="checkbox"/> Ajarkan etika batuk <input type="checkbox"/> Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ketuban pecah sebelum waktunya <input type="checkbox"/> Merokok <input type="checkbox"/> Statis cairan tubuh <input type="checkbox"/> Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penurunan hemoglobin <input type="checkbox"/> Imunosupresi <input type="checkbox"/> Leukopenia <input type="checkbox"/> Supresi respon inflamasi <input type="checkbox"/> Vaksinasi tidak adekuat 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Periode malaise menurun (5) <input type="checkbox"/> Periode menggigil menurun (5) <input type="checkbox"/> Letargi menurun (5) <input type="checkbox"/> Gangguan kognitif menurun (5) <input type="checkbox"/> Kadar sel darah putih membaik (5) <input type="checkbox"/> Kultur darah membaik (5) <input type="checkbox"/> Kultur urine membaik (5) <input type="checkbox"/> Kultur sputum membaik (5) <input type="checkbox"/> Kultur area luka membaik (5) <input type="checkbox"/> Kultur feses membaik (5) <input type="checkbox"/> Nafsu makan membaik (5) 	<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lepaskan plester secara perlahan <input type="checkbox"/> Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i> <input type="checkbox"/> Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i> <input type="checkbox"/> Bersihkan jaringan nekrotik <input type="checkbox"/> Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i> <input type="checkbox"/> Pasang balutan sesuai luka <input type="checkbox"/> Pertahankan teknik steril saat perawatan luka <input type="checkbox"/> Ganti balutan sesuai eksudat dan drainase <input type="checkbox"/> Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <input type="checkbox"/> Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari <input type="checkbox"/> Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, vitamin C, Zinc. Asam amino), sesuai indikasi <input type="checkbox"/> Berikan TENS (stimulasi saraf transkutaneous), <i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan tanda dan gejala infeksi <input type="checkbox"/> Ajurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
--	---	--	---

			<input type="checkbox"/> Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi <input type="checkbox"/> Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i> .
3.	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129) Berhubungan dengan : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perubahan sirkulasi <input type="checkbox"/> Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) <input type="checkbox"/> Kekurangan/kelebihan volume cairan <input type="checkbox"/> Penurunan mobilitas <input type="checkbox"/> Bahan kimia iritatif <input type="checkbox"/> Suhu lingkungan yang ekstrim <input type="checkbox"/> Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektro diatermi, energi listrik bertegangan tinggi) <input type="checkbox"/> Efek samping terapi radiasi <input type="checkbox"/> Kelembaban <input type="checkbox"/> Proses penuaan <input type="checkbox"/> Neuropati perifer <input type="checkbox"/> Perubahan pigmentasi <input type="checkbox"/> Perubahan hormonal <input type="checkbox"/> Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan Ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit* <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Kemerahan 	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...xjam di harapkan integritas kulit meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elastisitas meningkat (5) <input type="checkbox"/> Hidrasi meningkat (5) <input type="checkbox"/> Perfusi jaringan (5) <input type="checkbox"/> Kerusakan jaringan menurun (5) <input type="checkbox"/> Kerusakan kulit menurun (5) <input type="checkbox"/> Nyeri menurun (5) <input type="checkbox"/> Perdarahan menurun (5) <input type="checkbox"/> Kemerahan menurun (5) <input type="checkbox"/> Hematoma menurun (5) <input type="checkbox"/> Pigmentasi abnormal menurun (5) <input type="checkbox"/> Nekrosis menurun (5) <input type="checkbox"/> Abrasi kornea menurun (5) <input type="checkbox"/> Suhu kulit membaik (5) <input type="checkbox"/> Sensasi membaik (5) <input type="checkbox"/> Tekstur membaik (5) <input type="checkbox"/> Pertumbuhan rambut membaik (5) <input type="checkbox"/> Jaringan parut membaik (5) 	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring <input type="checkbox"/> Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i>. <input type="checkbox"/> Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare <input type="checkbox"/> Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. <input type="checkbox"/> Gunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitive <input type="checkbox"/> Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum) <input type="checkbox"/> Anjurkan minum air yang cukup <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <input type="checkbox"/> Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

	<input type="checkbox"/> Hematoma		<input type="checkbox"/> Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem <input type="checkbox"/> Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat diluar rumah <input type="checkbox"/> Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.
4.	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054) Berhubungan dengan:</p> <input type="checkbox"/> Kerusakan integritas struktur tulang <input type="checkbox"/> Perubahan metabolisme <input type="checkbox"/> Ketidakbugaran fisik <input type="checkbox"/> Penurunan kendali otot <input type="checkbox"/> Penurunan massa otot <input type="checkbox"/> Penurunan kekuatan otot <input type="checkbox"/> Keterlambatan perkembangan <input type="checkbox"/> Kekakuan sendi <input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Gangguan muskuloteletal <input type="checkbox"/> Gangguan neuromuscular <input type="checkbox"/> Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis <input type="checkbox"/> Program pembatasan gerak <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik <input type="checkbox"/> Kecemasan <input type="checkbox"/> Gangguan kognitif <input type="checkbox"/> Keengganan melakukan pergerakan <input type="checkbox"/> Gangguan sensori persepsi <p>Ditandai dengan:</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...xjam di harapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil :</p> <input type="checkbox"/> Pergerakan ekstremitas meningkat (5) <input type="checkbox"/> Kekuatan otot meningkat (5) <input type="checkbox"/> Rentang gerak sendi (ROM) meningkat (5) <input type="checkbox"/> Nyeri menurun (5) <input type="checkbox"/> Cemas menurun (5) <input type="checkbox"/> Kaku sendi menurun (5) <input type="checkbox"/> Gerakan tidak terkoordinasi menurun (5) <input type="checkbox"/> Gerakan terbatas menurun (5) <input type="checkbox"/> Kelemahan fisik menurun (5)	<p>Dukuangan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <input type="checkbox"/> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <input type="checkbox"/> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <input type="checkbox"/> Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisaasi <input type="checkbox"/> Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <input type="checkbox"/> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) <input type="checkbox"/> Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> <input type="checkbox"/> Libatkan kelyarga untukmembantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <input type="checkbox"/> Anjurkan melakukan mobilisasi dini <input type="checkbox"/> Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). <p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <input type="checkbox"/> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <input type="checkbox"/> Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

	<input type="checkbox"/> Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <input type="checkbox"/> Kekuatan otot menurun <input type="checkbox"/> Nyeri saat bergerak <input type="checkbox"/> Enggan melakukan pergerakan <input type="checkbox"/> Merasa cemas saat bergerak <input type="checkbox"/> Sendi kaku <input type="checkbox"/> Gerakan tidak terkoordinasi <input type="checkbox"/> Gerakan terbatas <input type="checkbox"/> Fisik lemah		<input type="checkbox"/> Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <input type="checkbox"/> Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik <input type="checkbox"/> Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) <input type="checkbox"/> Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i> <input type="checkbox"/> Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi <input type="checkbox"/> Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi <input type="checkbox"/> Anjurkan melakukan ambulasi dini <input type="checkbox"/> Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, bejalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
5.	Gangguan pola tidur (D.0055) Berhubungan dengan : <input type="checkbox"/> Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) <input type="checkbox"/> Kurang kontrol tidur <input type="checkbox"/> Kurang privasi <input type="checkbox"/> <i>Restrain</i> fisik <input type="checkbox"/> Ketiadaan teman tidur <input type="checkbox"/> Tidak familiar dengan peralatan tidur Ditandai dengan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...xjam di harapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil : <input type="checkbox"/> Kemampuan beraktivitas meningkat (5) <input type="checkbox"/> Keluhan sulit tidur menurun (5) <input type="checkbox"/> Keluhan sering terjaga menurun (5) <input type="checkbox"/> Keluhan tidak puas tidur menurun (5) <input type="checkbox"/> Keluhan pola tidur berubah menurun (5) <input type="checkbox"/> Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)	Edukasi Aktivitas/Istirahat (I.12362) Observasi <input type="checkbox"/> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik <input type="checkbox"/> Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat <input type="checkbox"/> Jadwalkan pemberian Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <input type="checkbox"/> Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya Edukasi <input type="checkbox"/> Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin <input type="checkbox"/> Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok,

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengeluh sulit tidur <input type="checkbox"/> Mengeluh sering terjaga <input type="checkbox"/> Mengeluh tidak puas tidur <input type="checkbox"/> Mengeluh pola tidur berubah <input type="checkbox"/> Mengeluh istirahat tidak cukup <input type="checkbox"/> Mengeluh kemampuan aktivitas menurun. 		<p>aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat <input type="checkbox"/> Anjurkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan, sesak napas saat aktivitas) <input type="checkbox"/> Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan. <p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi pola aktivitas dan tidur <input type="checkbox"/> Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) <input type="checkbox"/> Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) <input type="checkbox"/> Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> <input type="checkbox"/> Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <input type="checkbox"/> Tetapkan jadwal tidur rutin. <input type="checkbox"/> Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupruser) <input type="checkbox"/> Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga
--	--	--	---

			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit <input type="checkbox"/> Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur <input type="checkbox"/> Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur <input type="checkbox"/> Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM <input type="checkbox"/> Ajarkan factor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja) <input type="checkbox"/> Ajarkan relaksasi otot autogenic ataur cara nonfarmakologi lainnya.
--	--	--	---

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Zebua, 2020).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak. evaluasi terdapat 2 jenis yaitu, evaluasi formatif dan sumatif (Fatimah, 2019). Fitri wulandari

a. Evaluasi proses (evaluasi formatif)

Pada evaluasi proses (formatif) ini perawat memfokuskan pada aktivitas apa saja yang telah dilakukan dalam proses keperawatan

serta bagaimana hasil akhir dari aktivitas yang telah dilakukan dan bagaimana kualitas pelayanan tindakan keperawatan. Pada evaluasi formatif ini harus dilakukan secepat atau segera mungkin setelah perencanaan dilakukan terus menerus sampai tercapainya tujuan.

- b. Evaluasi hasil (evaluasi sumatif) Pada evaluasi sumatif ini, perawat memfokuskan pada hasil akhir tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien. Perawat dapat melihat apakah ada perubahan status kesehatan atau perubahan status di akhir Tindakan.

C. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan dari pengalaman sensorik dan emosional akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial. Menurut The Internasional *Association for the Study of Pain* (IASP) nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan atau ancaman kerusakan jaringan (Wiarso, 2017).

Nyeri adalah keadaan tidak nyaman yang dirasakan seseorang bisa bersifat ringan atau berat, nyeri bisa timbul ketika jaringan tubuh mengalami kerusakan. Nyeri adalah sinyal tubuh terhadap adanya distress yang tidak boleh diabaikan dan juga merupakan sensasi subjektif rasa tidak nyaman yang biasanya berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Secara umum, nyeri diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut dalam serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis maupun emosional (Padila, 2014).

2. Etiologi Nyeri

- a. Nyeri nosiseptik

Merupakan nyeri yang terjadi karena adanya rangsangan/stimulus mekanis ke nosiseptor. Nosiseptor adalah saraf aferen primer yang berfungsi untuk menerima dan menyalurkan rangsang nyeri. Ujungujung saraf bebas nosiseptor berfungsi

sebagai saraf yang peka terhadap rangsangan mekanis, kimia, suhu, listrik yang menimbulkan nyeri. Nosisseptor terletak di jaringan subkutis, otot rangka, dan sendi.

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan nyeri yang terjadi karena adanya lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf. Nyeri neuropatik biasanya berlangsung lama dan sulit untuk di terapi. Salah satu bentuk yang umum dijumpai di praktek klinik adalah nyeri pasca herpes dan nyeri neuropatik diabetika.

c. Nyeri inflamatorik

Nyeri inflamatorik merupakan nyeri yang timbul akibat adanya proses inflamasi. Nyeri inflamatorik kadang dimasukkan dalam klasifikasi nyeri nosiseptif. Salah satu bentuk yang umum dijumpai di praktek klinik adalah osteoarthritis.

d. Nyeri campuran

Nyeri campuran merupakan nyeri yang etiologinya tidak jelas antara nosiseptif maupun neuropatik atau nyeri memang timbul akibat rangsangan pada nosiseptor maupun neuropatik. Salah satu bentuk yang umum dijumpai adalah nyeri punggung bawah dan ischialgia akibat HNP (Hernia Nukleus Pulposus) di dalam (Pinzon, 2016).

3. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Klasifikasi nyeri berdasarkan waktu Menurut (Suarmini, 2020) berdasarkan waktu kejadian, nyeri dapat dikelompokkan sebagai nyeri akut dan nyeri kronis.

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam waktu kurang dari enam bulan. Umumnya terjadi pada cedera, penyakit akut, atau pembedahan dengan pemulihan cepat. Dapat hilang dengan sendirinya tanpa tindakan setelah kerusakan jaringan sembuh.

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari enam bulan. Umumnya tidak teratur, terjeda atau tidak tetap, dan berlangsung lama. Nyeri kronis dapat dapat menyebabkan klien merasa putus asa dan frustrasi. Nyeri dapat menimbulkan kelelahan mental dan fisik.

b. Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi Menurut (Suarmini, 2020) berdasarkan lokasi, nyeri dapat dibedakan menjadi 5 yaitu :

1) Nyeri superfisial

Biasanya timbul akibat stimulasi terhadap kulit seperti laserasi, luka bakar, dan sebagainya. Memiliki durasi pendek, terlokalisasi, dan memiliki sensasi yang tajam.

2) Nyeri somatik

Nyeri yang terjadi pada otot dan tulang, umumnya bersifat tumpul dan stimulasi dengan adanya peregangan.

3) Nyeri visceral

Nyeri yang disebabkan kerusakan organ internal, durasinya cukup lama, dan sensasi yang timbul biasanya tumpul.

4) Nyeri sebar (radiasi)

Nyeri sebar (radiasi) adalah sensasi nyeri yang meluas dari daerah asal ke jaringan sekitar. Nyeri dapat bersifat terjeda atau tidak tetap.

5) Nyeri alih

Nyeri alih adalah nyeri yang timbul akibat adanya nyeri yang menjalar ke organ lain, sehingga dirasakan nyeri pada beberapa lokasi.

c. Klasifikasi nyeri berdasarkan asal Menurut (Wiarso, 2017) berdasarkan asalnya, nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik.

1) Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan tipe nyeri normal yang dapat muncul dari jaringan yang benar – benar rusak.

2) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan tipe nyeri yang disebabkan oleh kerusakan pada jaringan saraf.

d. Menurut tempatnya

1) Perifer pain

Yaitu pada daerah perifer biasanya dirasakan pada permukaan tubuh seperti kulit dan mukosa.

2) Deep pain

Yaitu nyeri yang di rasakan dari struktur somatic dalam meliputi periosteum, otot, tendon, sendi, pembuluh darah.

3) Viseral / Splanik Pain

Nyeri terjadi pada organ viseral seperti renal colic, Cholesistitis, apendiksitis, ulkus gaster.

4) Reffered Pain (nyeri alihan)

Nyeri yang diakibatkan penyakit organ atau struktur dalam tubuh (vertebrata, alat-alat viseral, otot) yang ditransmisikan kebagian tubuh di daerah yang jauh sehingga dirasakan nyeri pada bagian tubuh tertentu tetapi sebetulnya bukan asal nyeri.

5) Psikogenic Pain

Nyeri yang dirasakan tanpa penyebab organik tetapi akibat trauma psikologis yang mempengaruhi keadaan fisik.

6) Phantom Pain

Nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang sebenarnya bagian tubuh tersebut sudah tidak ada. Contoh: nyeri pada ujung kaki yang sebetulnya sudah di amputasi.

7) Interactable Pain: Nyeri yang resistan (Padila, 2014).

e. Menurut sifatnya :

1) Incidental

Nyeri timbul sewaktu-waktu kemudian menghilang misalnya pada troma ringan (Padila, 2014).

2) Stedy

Nyeri yang timbul dan menetap dalam waktu lama

3) Paroxymal

Nyeri yang dirasakan dengan intensitas tinggi dan kuat, biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit kemudian hilang dan timbul lagi (Padila, 2014) di dalam (Andiang, 2022).

f. Berdasarkan intensitas (berat ringannya)

1) Tidak nyeri

Kondisi dimana seseorang tidak mengeluhkan adanya rasa nyeri atau disebut juga bahwa seseorang terbebas dari rasa nyeri.

2) Nyeri ringan

Seseorang merasakan nyeri dalam intensitas rendah. Pada nyeri ringan seseorang masih bisa melakukan komunikasi dengan baik, masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa dan tidak terganggu kegiatannya.

3) Nyeri sedang

Rasa nyeri seseorang dalam intensitas yang lebih berat. Biasanya mulai menimbulkan respon nyeri sedang akan mulai mengganggu aktivitas seseorang.

4) Nyeri berat

Nyeri berat/ hebat merupakan nyeri yang dirasakan berat oleh pasien dan membuat pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, bahkan akan terganggu secara psikologis dimana orang akan merasa marah dan tidak mampu untuk mengendalikan diri.

4. Fisiologis Nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi.

Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

a. Transduksi

Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noxius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

b. Transmisi

Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

c. Modulasi

Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

d. Persepsi

Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen. (Anas Tamsuri, 2006) di kutip dalam (Bahrudin, 2018).

5. Factor yang mempengaruhi nyeri

Faktor – faktor yang dapat memengaruhi nyeri (Andarmoyo, 2017) dalam (Andiang, 2022), sebagai berikut :

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri khususnya pada orang dewasa, karena mereka dapat mengekspresikan dan mengatakan secara langsung rasa nyeri yang dirasakannya. Pada dewasa sadar bisa menggunakan pengkajian nyeri Visual Analog Scale (VAS) karena memiliki sensitifitas yang baik, reliabilitas yang baik, memiliki sifat - sifat skala rasio, sederhana dan mudah digunakan.

b. Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda saat berespons terhadap nyeri, tetapi ada kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin mereka menganggap seorang laki – laki harus berani dan kuat.

c. Kebudayaan

Budaya dan etnisitas berpengaruh pada bagaimana seseorang merepons terhadap nyeri. Harapan dan nilai budaya perawat dapat

mencakup menghindari ekspresi nyeri berlebihan seperti meringis atau menangis, tetapi harapan budaya pasien mungkin saja menerima orang untuk meringis atau menangis ketika merasa nyeri. Seseorang dari latar belakang budaya lainnya bisa bertingkah berbeda, seperti diam saja daripada mengekspresikan nyeri dengan suara keras.

d. Perhatian

Tingkat seseorang memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun.

e. Ansietas

Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas.

f. Kelelahan

Kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan persepsi nyeri. Apabila kelelahan disertai sulit tidur, persepsi nyeri akan terasa lebih berat. Nyeri sering kali berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap.

g. Pengalaman sebelumnya

Apabila seseorang sejak lama sering merasakan nyeri tanpa sembuh atau menderita nyeri yang hebat maka ansietas atau rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama dan berulang, kemudian nyeri tersebut berhasil dihilangkan akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk mengartikan nyeri, klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan untuk menghilangkan nyeri.

h. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada keluarga atau orang terdekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, serta perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. (Wulandari, 2023).

6. Pengukuran Skala Intensitas Nyeri

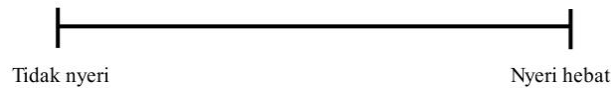
Pengukuran skala nyeri dalam (Pinzon, 2016) sebagai berikut :

a. Visual Analogue Scale (VAS)

Visual Analogue Scale adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Penggunaannya sangat banyak dalam praktek klinik dan penelitian. Visual Analogue Scale adalah skala kontinyu horisontal atau vertikal yang pada umumnya memiliki panjang 10 cm (100 mm) dengan dua kubu ekstrim, yaitu 0 “tanpa nyeri” dan 100 mm “nyeri paling hebat yang bisa dibayangkan”. Nilai VAS diisi sendiri oleh pasien. Pemeriksa meminta pasien untuk menunjuk satu titik di garis antara titik 0 dan 100. Pemeriksa mengukur jarak dari titik yang ditunjuk oleh pasien dari titik nol. Skala VAS dinilai dengan media pensil dan kertas, sehingga tidak dapat dilakukan secara verbal atau melalui saluran telepon. Pengukuran nilai VAS tidak memerlukan pelatihan khusus yang sama. Bila kertas yang menggambarkan skala nyeri ini diperbanyak dengan foto kopi, maka harus diperhatikan bahwa panjang garis tidak berubah. Kajian terhadap penelitian terdahulu memperlihatkan bahwa skor VAS horisontal sedikit lebih rendah daripada skor VAS vertikal bila dikerjakan pada orang yang sama. Pada kasus dengan evaluasi berkala, maka cara pengukuran VAS harus konsisten untuk setiap waktunya. Nilai VAS dikelompokkan menjadi nyeri intensitas ringan (0-44 mm), nyeri intensitas sedang (45-74 mm), dan nyeri intensitas berat (75-100 mm).

Nilai VAS diadopsi pada awalnya dari bidang psikologi. Nilai VAS digunakan secara luas dengan reliabilitas yang baik.

Kajian terdahulu menunjukkan bahwa VAS memiliki kemampuan yang baik untuk menilai pengurangan nyeri pasca terapi analgesia.

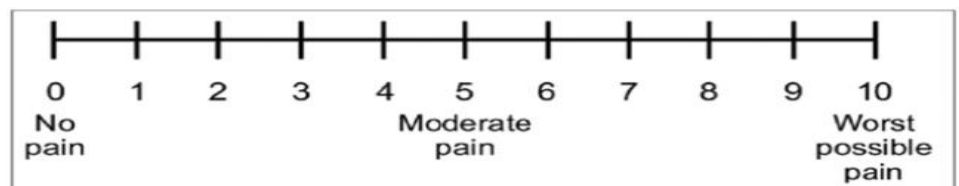


Gambar 2.3 Skala Nyeri VAS

b. Numeric Rating Scale (NRS)

Skala NRS adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Skala NRS adalah versi angka dari VAS yang menggambarkan 0-10 dalam skala nyeri. Pada umumnya dalam bentuk garis. Skala untuk NRS adalah skala numerik tunggal berisi 11 nilai, yaitu 0 “tidak sakit sama sekali” dan 10 “sakit terhebat yang bisa dibayangkan”. Nilai NRS bisa digunakan untuk evaluasi nyeri, dan pada umumnya pengukuran kedua tidak lebih dari 24 jam pasca pengukuran pertama. Nilai NRS dapat disampaikan secara verbal maupun dalam bentuk gambar. Klasifikasi nilai NRS adalah nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), dan nyeri hebat (7-10). Nilai NRS dapat diperoleh dalam waktu kurang dari 1 menit dan dapat dikerjakan dengan sangat mudah.

Nilai NRS memiliki korelasi positif yang sangat baik dengan VAS. Nilai NRS memiliki reliabilitas yang tinggi dan dapat digunakan untuk evaluasi pasca terapi nyeri.



Gambar 2.4 Skala nyeri NRS

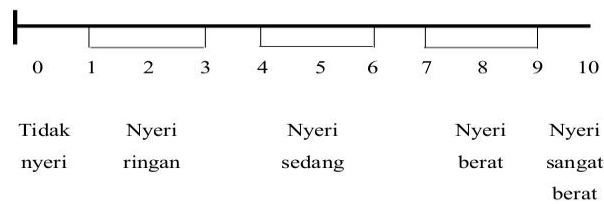
Keterangan :

- Skala 0 = Tidak nyeri

- Skala 1-3 = Nyeri ringan Secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan manual dirasakan sangat membantu.
- Skala 4-6 = Nyeri sedang
Secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikan nyeri, klien dapat mengikuti perintah dengan baik dan responsive terhadap tindakan manual.
- Skala 7-9 = Nyeri berat
Secara objektif terkadang klien dapat mengikuti perintah tapi masih responsive terhadap tindakan manual, dapat menunjukkan lokasi nyeri tapi tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang, deskruksi dan lain-lain.
- Skala 10 = Nyeri sangat berat (panic tidak terkontrol)
Secara objektif klien tidak mau berkomunikasi dengan baik, berteriak dan histeris, klien tidak dapat mengikuti perintah lagi, selalu mengejan tanpa dikendalikan, menarik-menarik apa saja yang tergapai, dan tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri. Skripsi juventi

c. Skala Pendeskripsi Verbal (Verbal Descriptor Scale-VDS)

VDS merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri (nyeri yang tidak tertahankan). Pengukuran menunjukkan kepada pasien skala tersebut memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya.



Gambar 2.5 Skala nyeri VDS

d. Skala wajah

Pada populasi anak-anak dapat digunakan skala wajah bayang berisi 6 wajah. Urutan wajah tersebut menggambarkan angka 0 “tidak sakit (wajah senang)” sampai dengan angka 5 “sakit hebat yang dapat dibayangkan (wajah menangis)”.

Skala nyeri wajah dapat diukur dalam bentuk revisi yang menggambarkan skala 0-10 dengan 6 wajah. Hal ini untuk membuat konsisten dengan pengukuran VAS dan NRS. Nilai skala untuk 6 wajah tersebut adalah 0-2-4-6-8-10. Buku nyeri



Gambar 2.6 Skala nyeri wajah

7. Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri merupakan sebuah prosedur untuk menurunkan tingkat nyeri, terdapat dua metode dalam penanganan nyeri, yaitu farmakologis dan non farmakologis. Metode farmakologis umumnya diberikan dengan pemberian analgesik, sedangkan non farmakologis bisa diberikan terapi relaksasi. Terapi relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental juga fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat menoleransi terhadap nyeri (Andarmoyo, 2017). Untuk nyeri ringan dan sedang dapat diatasi dengan teknik relaksasi salah

satunya relaksasi genggam jari. Faktor pendukung teknik relaksasi ini mudah dilakukan oleh siapapun dan media yang digunakan hanya jari-jari tangan pasien itu sendiri (Wati & Ernawati, 2020). Teknik relaksasi genggam jari dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalur energi dalam tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat genggamannya. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan.

Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang. Relaksasi genggam jari dilakukan secara mandiri dengan cara menggenggam jari satu persatu mulai dari ibu jari sampai jari kelingking kemudian ganti tangan selanjutnya. Teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama ± 30 menit sambil menarik nafas dalam perlahan dari hidung kemudian hembuskan perlahan dengan mulut (Harmawati & Etriyanti, 2019). Sensasi yang dirasakan ketika melakukan teknik ini memberikan perasaan nyaman, lebih rileks sehingga mampu membebaskan mental beserta fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Wulandari, 2023).

8. Konsep Penggunaan NRS (*Numeric Rating Scale*) Sebagai Penilaian Nyeri Post Op

Nyeri diuraikan sebagai sensasi tidak menyenangkan yang terasa jika ujung saraf tertentu (nosireseptor) terstimulasi. Nyeri bersifat unik dan subjektif, terdiri dari sensasi fisiologis dan respon emosi. Intesitas nyeri bervariasi ringan sampai berat, tetapi respon individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pengetahuan tentang penyebab, Lokasi, usia, penyakit terkait baik akut maupun kronik dan toleransi nyeri (Meliala, 2017).

Nyeri pasca operasi merupakan masalah universal yang di alami Sebagian besar pasien setelah Tindakan bedah, termasuk laparatomi, dengan prevalensi mencapai 80% secara global. Prevalensi nyeri sedang hingga berat setelah laparatomi atau laparoskopi sangat tinggi pada jam-jam awal pasca operasi, bahkan mencapai 97.7% pada 12 jam pertama (Oyediran et al, 2025). Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbed. Pengukuran subjektif nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat pengukur nyeri seperti VAS, NRS, skala nyeri deskriptif atau skala nyeri wong bakers. (Syafa L, 2025).

Pengukuran Skala NRS menggunakan angka untu menilai rasa sakit. NRS ini dapat digunakan oleh individu berusia > 8 tahun untuk mengukur rasa sakit terburuk, terendah, atau rata-rata selama 24 jam terakhir, atau selama seminggu terakhir. Skala ini menggunakan skala yang telah di tentukan, dan meminta pasien untuk secara verbal menyebutkan angka yang sesuai dengan apa yang di rasa sakit yang dirasakan. Skala berkisar dari 0-10. Nol menunjukkan tidak adanya rasa sakit sedangkan 10 mewakili rasa sakit yang terburuk. NRS cepat dan mudah dipahami (EFIC, 2025).

Menurut AMA (*American Medical Association*) 2010, dalam jurnal perbandingan validitas NRS biasanya dijelaskan kepada pasien secara verbal, namun dapat di sajikan secara visual, NRS dapat disajikan dalam horizontal maupun vertical. Alat ini telah menunjukkan sensitivitas terhadap pengobatan dalam intensitas nyeri dan berguna untuk membedakan intensitas nyeri penilaian nyeri terhadap pasien dengan gangguan kognitif ringan dan pada lansia mungkin lebih baik menggunakan NRS yang mencakup angka lebih besar dan kata isyarat (Merdekawati, 2020).

Pengukuran intensitas nyeri menggunakan skala nyeri NRS (*Numeric rating scale*). Skala NRS adalah alat ukur yang valid dan reliabel, di

rekomendasikan secara luas dalam praktik klinis untuk mengkaji intensitas nyeri, terutama pada pasien dewasa yang sadar dan mampu berkomunikasi (IASP, 2020, Smeltzer et al., 2020). Selain itu, skala nyeri NRS memiliki nilai sensitive yang lebih tinggi di bandingkan dengan skala ukur nyeri (Merdekawati, 2020). Pada penelitian (Merdekawati, 2020) perbandingan validitas skala ukur nyeri VAS dan NRS terhadap penilaian nyeri hasilnya sensitivitas pada NRS lebih tinggi NRS (93%), sedangkan VAS (85.4%). Akurasi VAS (50%), dan NRS (50%). Kesimpulan NRS lebih baik digunakan sebagai alat ukur untuk menilai nyeri dikarenakan nilai sensitivnya lebih besar dari skala ukur nyeri VAS.

Penelitian berdasarkan (Brunelli, 2010), yang melakukan penelitian antara skala NRS dan VRS dengan judul “Perbandingan antara skala NRS dan VRS untuk mengukur kekambuhan rasa nyeri pada pasien dengan kanker kronis” berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa reprodutifitas dari 2 skala dalam mengevaluasi latar belakang adalah sama, namun NRS memiliki kemampuan lebih tinggi dibandingkan VRS dalam membedakan antar latar belakang dan puncak intensitas rasa nyeri dengan proporsi lebih rendah pada pasien yang diberikan evaluasi tidak konsisten (14% VS 25%).

D. Konsep Relaksasi Genggam Jari

1. Definisi Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi merupakan kebebasan mental beserta fisik dari ketegangan dan stress menjadi lebih tenang dan rileks. Relaksasi genggam jari adalah upaya tindakan non farmakologis dalam manajemen nyeri yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh kita, terdapat kombinasi yaitu relaksasi nafas dalam, menggunakan waktu yang relatif singkat (Wati & Ernawati, 2020).

Teknik relaksasi dan genggam jari merupakan suatu bentuk terapi relaksasi untuk menyeimbangkan energi tubuh yang dapat membantu

pasien dalam mengontrol diri ketika timbulnya perasaan kurang menyenangkan yang dapat menimbulkan nyeri, stres fisik serta emosi (Misnawati, 2019). Teknik menggenggam jari merupakan bagian dari teknik Jin Shin Jyutsu. Jin Shin Jyutsu adalah akupresur Jepang. Bentuk seni yang menggunakan sentuhan sederhana tangan dan pernafasan untuk menyeimbangkan energi di dalam tubuh (Djala & Tahulending, 2018).

Teknik relaksasi genggam jari adalah cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional (Haniyah, Budi Setyawati, Mar, Sholikhah, & Harapan Bangsa Purwokerto, 2016). Budiman & Wibowo (2018) Teknik relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati (Idris & Astarani, 2017).

Teknik genggam jari disebut juga finger hold. Menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 3 - 5 menit dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi (Misnawati, 2019). Menggenggam jari disertai dengan menarik nafas dalam-dalam dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik masuk dan keluarnya energi pada meridian (saluran energi) yang berhubungan dengan organ-organ di dalam tubuh yang terletak pada jari tangan (Revi & Arina, 2016).

2. Tujuan Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari

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

pasien. Terapi relaksasi bukan sebagai pengganti obat-obatan tetapi diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung beberapa menit atau detik. Kombinasi teknik ini dengan obat-obatan yang dilakukan secara simultan merupakan cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri. Adapun tujuan pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari menurut (RSPAD Gatot Soebroto, 2017) antara lain:

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

3. Mekanisme Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang di kirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebi dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks.

Adanya stimulus nyeri pada luka bedah menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut aferen non-nosiseptor ke substansi gelatinosa (pintu gerbang) di medula spinalis untuk selanjutnya melewati thalamus kemudian disampaikan ke kortek serebi dan di interpretasikan sebagai nyeri. Perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “pintu gerbang” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang (Astutik & Kurlinawati, 2017).

Teknik relaksasi genggam jari (finger hold) merupakan teknik relaksasi dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh. Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara reflex (spontan) pada saat genggam. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Astutik & Kurlinawati, 2017). Dalam keadaan relaksasi, secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin yang dimana hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga rasa nyeri akan berkurang (Evrianasari & Yosaria, 2019).

4. Manfaat Relaksasi Genggam Jari

Untuk mengurangi rasa nyeri dan dapat mengontrol diri ketika terjadi perasaan yang tidak nyaman atau stress (Metodologi, 2005). Menurut (Astutik & Kurlinawati, 2017) manfaat relaksasi genggam jari sebagai berikut Fitri Wulandari:

- a. Memberikan rasa damai, fokus dan nyaman
- b. Memperbaiki aspek emosi
- c. Menurunkan kecemasan dan depresi
- d. Menurunkan nyeri


5. Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari yang diberikan selama \pm 30 menit dengan mengenggam seluruh jari mulai dari ibu jari hingga jari kelingking dan sambil menarik napas dalam dapat memberikan ketenangan pikiran, mengontrol emosi, melancarkan aliran dalam darah, serta memberikan pengontrolan diri pada individu ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri (Dolang & Pattipeilohy, 2018). Teknik ini

dilakukan pada pasien post opererasi sekitar 4-7 jam setelah pemberian analgesik, pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif saat akan dilakukan tindakan. Sebelum melakukan tindakan, Lakukan pengkajian nyeri terlebih dahulu. (Andiang, 2022).

Tabel: SOP Teknik Relaksasi Genggam Jari

Standar Operasional Prosedur	Teknik Relaksasi Genggam Jari
Pengertian	Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan tangan dan aliran tubuh manusia. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri jika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi.
Manfaat	Untuk mengurangi nyeri dan dapat mengontrol diri ketika terjadi perasaan yang tidak nyaman atau stress.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi nyeri, perasaan takut dan cemas 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi 5. Melncarkan aliran dalam darah
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Perawat <ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji tindakan yang akan dilakukan • Memahami dan mengetahui prosedur tindakan yang akan dilakukan

	<p>2. Persiapan pasien</p> <ul style="list-style-type: none">• Pastikan pasien dalam keadaan sadar• Komunikasi terapeutik• Pastikan identitas pasien• Pasien tidak mengalami sesak dan nyeri berat• Posisikan pasien dalam posisi yang nyaman• Jelaskan tindakan dan tujuan yang akan dilakukan• Kontrak waktu \pm 30 menit <p>3. Persiapan lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none">• Persiapkan lingkungan yang tenang• Pertahankan privacy klien, pasang sampiran <p>4. Prosedur pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuci tangan• Perawat meminta pasien untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata• Gengamlah jari selama 10 menit dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking dengan masing-masing jari selama 2 menit, menggunakan tangan mana saja. 
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut • Ketika pasien menarik nafas, anjurkan untuk menghirup bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan. Kata memberi motivasi kepada diri sendiri seperti saya pasti bisa, saya ingin masalah saya cepat selesai, maafkan, lepaskan, saya ingin nyeri cepat turun dan sebagainya sesuai permasalahannya • Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur. Ketika menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran. • Memotivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik Relaksasi Genggam Jari dan diulang sebanyak 3x. • Dokumentasi respon pasien
--	--

(Andiang, 2022)

Menurut (Harmawati & Etriyanti, 2019) prosedur relaksasi genggam jari sebagai berikut fitri wulandari:

- a. Posisikan klien berbaring atau duduk ditempat tidur dalam posisi yang nyaman

- b. Siapkan lingkungan yang tenang
- c. Perawat berada disamping klien, perawat meminta klien merilekskan pikiran lalu dimulai dengan menggenggam ibu jari hingga kelingking dengan tangan sebelahnya, lalu lakukan ditangan sebaliknya
- d. Klien diminta unuk mengatur nafas, tutup mata, fokus, dan tarik nafas perlahan dari hidung, hembuskan perlahan dengan mulut. Lakukan berkali-kali
- e. Genggam jari kurang lebih 3-5 menit kemudian beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama
- f. Motivasi klien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari 1x/hari atau saat nyeri sedang timbul

BAB III

TINJAUAN ASUHAN KEPERAWATAN

Unit : Digestif
Ruang/Kamar : Lontara 3/12 Bed 2
Tanggal Masuk RS : 05 November 2024
Jam Masuk RS : 08.17 Wita
Tanggal Pengkajian : 05 November 2024
Waktu Pengkajian : 08.30
Autoanamnese :
Alloanamnese :

A. IDENTIFIKASI

1. Pasien

Nama : Ny. W
Umur : 40 Thn
Jenis kelamin : Perempuan
Status Perkawinan : Menikah
Agama/suku : Kristen Protestan
Warga negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Indonesia
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Petani
Alamat rumah : Dusun Pokapaang Luwu Utara
Dx Medik : Cholelitis

2. Penanggung Jawab

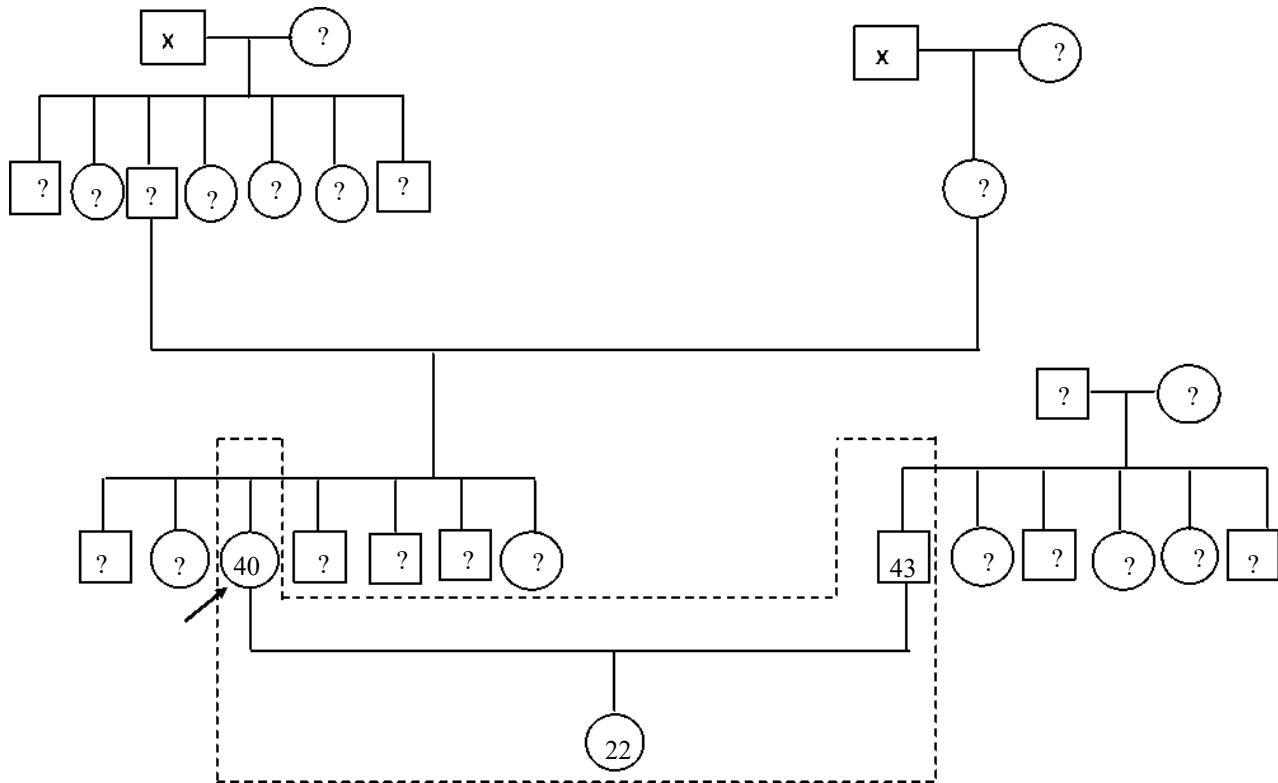
Nama : Nn. J
Alamat : Dusun Pokapaang Luwu Utara
Hubungan dengan pasien : Anak

3. Riwayat Kesehatan

a Keluhan utama : Nyeri akut post operasi laparoskopi

- b Riwayat kesehatan sekarang : Pasien mengatakan di rujuk dari Rumah Sakit palopo untuk operasi operasi batu empedu, pasien masuk di rumah sakit di karenakan nyeri yang dirasakan sudah 2 bulan lebih dari perut kanan atas sampai kebelakang memberat 1 minggu lalu sehingga masuk rumah sakit karena nyeri yang dirasakan dan tidak nyaman dan nyeri ketika pasien lama duduk. Pasien menjalani operasi laparoscopi hari pertama pada hari Rabu tanggal 05 November 2024. Pasien mengatakan nyeri di area abdomen post operasi sampai di belakang. Pasien mengatakan nyerinya dirasakan ketika bergerak ataupun tidak bergerak, pasien mengatakan nyeri dengan skala 6. Pasien mengatakan nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk, nyeri yang di rasakan hilang timbul. Pasien tampak terpasang kateter urine. Pasien dilakukan post op laparskopi. Pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan nyeri yang di rasakan, pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan belum BAB, pasien tampak bersikap protektif.
- P : Nyeri terasa ketika pasien bergerak ataupun tidak bergerak
Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk
R : Nyeri bekas operasi di rasakan pada abdomen kanan atas (hiopokandria) menjalar sampai ke belakang
S : Skala nyeri 6/10 (NRS)
T : Nyeri di rasakan terus menerus
- c Riwayat kesehatan lalu : Pasien mengatakan merasa nyeri sudah 2 tahun lalu
- d Riwayat kesehatan keluarga : Pasien mengatakan kesehatan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit dm tidak ada hipertensi

4. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- ↗ : Pasien
- X : Meninggal
- : Serumah
- | : Garis keturunan
- : Garis Perkawinan
- ? : Tidak di ketahui

G1 : Kakek nenek pasien meninggal karena usia

G2 : Ibu dan ayah pasien masih hidup

G3 : Pasien sudah berkeluarga dan serumah dengan suami dan anaknya, pasien di bawah ke rumah sakit dengan keluhan nyeri pada perut kanan bagian atas pasien mengatakan penyakit tersebut di turunkan dari bapaknya.

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. TANDA-TANDA VITAL

a Kesadaran

Skala Coma Glasgow :

- Respon motorik : 6 mengikuti perintah
- Respon bicara : 5 Orientasi baik
- Respon Membuka Mata : 4 membuka mata spontan

Kesimpulan : Kesadaran penuh

Total GCS pasien = 15 (Composmetis)

b Tekanan Darah : 118/75 mmHg

MAP : 89,3 mmHg

c Suhu : 36,9°C

d Pernapasan : 20x/mnt

Irama : reguler irreguler

Jenis : dada perut

e Nadi : 110 x/menit

2. ANTROPOMETRI

1. Lingkar lengan atas : 23 cm

2. Tinggi badan : 156 cm Berat badan : 70 kg

3. IMT (Indeks Masa Tubuh) : 28,76kg/m²

Kesimpulan : Indeks massa tubuh pasien (28.76) pasien obesitas

3. PEMERIKSAAN FISIK (*head to toe*)

a Kepala

- Bentuk Kepala : Tampak simetris tidak datar di satu sisi, dan tidak terdapat benjolan atau jahitan pada kepala
- Kulit Kepala : Tampak bersih dan tidak ada ketombe
- Rambut : Rambut tampak tebal dan berwarna hitam

- b Mata
 - Konjungtiva : tidak tampak anemis
 - Sklera : tidak ikterik
- c Hidung
 - Kebersihan : Hidung pasien nampak bersih tidak ada pembengkakan lesi
 - Cuping Hidung : Tidak terdapat pernapasan cuping hidung
- d Telinga : kedua daun telinga simetris tidak ada lesi, pendengaran baik dan tidak ada nyeri tekan
- e Mulut
 - Rongga Mulut : Rongga mulut tampak bersih, tidak terdapat sisa-sisa makanan mukosa lembab.
 - Gusi : Gusi pasien tampak merah gelap, tidak nampak adanya sariawan
 - Gigi : Gigi tampak bersih dan lengkap
 - Mukosa Bibir : Mukosa Bibir nampak lembab
- f Leher : Simetris tidak ada pembengkakan
- g Thorax (Paru-paru)
 - Inspeksi : Simetris kiri dan kanan
 - Palpasi : Vibrasi simetris (Teraba simetris paru kiri dan kanan)
 - Perkusi : Pekak
 - Auskultasi : Normal
- h Jantung
 - Inspeksi : Ada kembang - kempis di daerah dada di ics 5/4 sinistra
 - Palpasi : Terdapat denyut jantung di ics 5/4 sinistra
 - Perkusi : Pekak
 - Auskultasi : Bunyi normal (lup – dup)

i Abdomen

- Inspeksi : Simetris tampak ada luka post operasi laparskopi kolesistektomi
 - ✓ Regio hipokandria Dx atas : Terdapat luka post op laparoskopik kolesistektomi
 - ✓ Regio epigastrium (tengah atas) : tidak terdapat luka
 - ✓ Regio hipokandria sin atas : tidak terdapat luka tidak terdapat benjolan
 - ✓ Regio lumbal Dx tengah : terdapat luka post op laparoskopik kolesistektomi
 - ✓ Regio umbilicus tengah : terdapat luka post op laparoskopik kolesistektomi
 - ✓ Regio lumbal sin tengah : tidak terlihat merah tidak ada benjolan
 - ✓ Regio inguinal Dx bawah : tidak terlihat merah tidak ada benjolan tidak ada luka
 - ✓ Regio hypogastrium (tengah bawah) : kandung kemih uterus tidak ada luka
 - ✓ Regio inguinal sin bawah : kolon, sigmoid tidak ada luka.
- Palpasi : ada nyeri tekan pada bagian abdomen, tidak terdapat adanya benjolan
- Perkusi : Timpani
- Auskultasi : Peristaltik usus 20 x/mnt

j Ekstremitas

- Edema : Tidak Terdapat edema
- Capillary Refill Time (Crt) : < 2 detik
- Turgor Kulit : Turgor kulit kembali < 3 detik
- Luka : Tidak terdapat luka pada tubuh pasien
- Kekuatan Otot :

EKaA (5)	EKiA (5)
EKaB (4)	EKiB (4)

C. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

Tabel 3.1 Pengkajian Pola Kesehatan

1. POLA PERSEPSI KESEHATAN

PEMELIHARAAN KESEHATAN
Ny. W mengetahui tentang penyakitnya, pasien ingin segera sembuh dan pulih agar dapat kembali ke rumah dan kembali berkumpul bersama keluarganya, Pasien mengatakan berusaha untuk sembuh dan siap menjalani pengobatan yang terbaik selama di rawat di Rumah sakit.

2. POLA NUTRISI METABOLIK

Di Rumah	Di Rumah Sakit
Ny. W mengatakan pada saat sebelum sakit pasien makan 3 - 4x sehari dan menghabiskan makanannya, waktu makan pasien pagi, siang, sore, dan malam dengan jenis makanan seperti (Nasi, ikan, tempe, sayur)	Saat pengkajian sebelum pre operasi Ny. W mengatakan sesudah di rumah sakit menghabiskan makanannya, waktu makan pasien pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan seperti (Nasi, ikan, tempe, sayur). Namun pada saat post operasi pasien hanya baru bisa minum dan belum di perbolehkan makan

3. POLA ELIMINASI

Di Rumah	Di Rumah Sakit
Ny. W Mengatakan pada saat sebelum sakit BAB nya 1-2 kali/ hari, konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, BAK 3 x/ hari, warna kuning jernih tidak mamaikai alat bantu untuk BAB dan BAK	Ny. W mengatakan saat di rumah sakit tidak pernah BAB namun BAK lancar. Namu pada saat pegakjian post op pasien mengatakann BAB belum keluar dan terpaang kateter urine telah terbuang 500 cc selama 2x terakhir 200cc

4. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

Di Rumah	Di Rumah Sakit
Ny. W mengatakan sering beraktifitas melakukan aktivitas di rumah maupun di tempat kerja secara mandiri tanpa bantuan alat ataupun keluarga dan orang lain	Saat di rumah sakit sebelum pre operasi pasien mengatakan bisa berjalan sendiri ke kamar mandi dan bisa bergerak dan duduk. Pada saat post op pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan aktivitas

	yang dilakukan secara mandiri ekarang di bantu.
--	---

5. POLA ISTIRAHAT TIDUR

Di Rumah	Di Rumah Sakit
pasien mengatakan pasien pada saat sebelum sakit tidurnya teratur 7 – 8 jam sehari	pasien mengatakan sebelum operasi tidurnya teratur tidur 7-8 jam sehari dan pada saat pot op pasien mengatakan susah tidur dan selalu terjaga pada saat tidur di karenakan nyeri yang di rasakan pada area luka operasi pada abdomen yang tembus sampai ke belakang.

6. POLA PERSEPSI KOGNITIF

Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pasien mampu melihat, mendengar dengan baik, pasien mampu berorientasi waktu tempat dan nama, mampu mempersepsikan ketika merasakan nyeri atau kelainan pada tubuhnya.	Pasien mampu mendengarkan saat di berikan pertanyaan dan di berikan penjelasan, pasien mampu berorientasi waktu tempat dan nama, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di area abdomen yang tembus dampai ,di belakang.

7. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

Di Rumah	Di Rumah Sakit
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas diri : Ny. W mampu mengenali dirinya 2. Gambaran diri : Ny. W merasa sakit dan membutuhkan pengobatan. 3. Ideal diri : Ny. W mengatakan ingin cepat mendapatkan perawatan utuk cepat sembuh. 4. Harga diri : Ny. W dapat menerima keadaannya dengan baik dan baik dalam berkomunikasi dengan keluarganya maupun orang di sekitarnya. 5. Peran diri : Ny. W. Berperan sebagai seorang ibu rumah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas diri : Ny. W mampu mengenali dirinya serta mampu berinteraksi dan berorientasi jika sedang berada di Rumah Sakit. 2. Gambaran diri : Ny. W mengerti akan kondisi yng di alaminya saat ini dan sangat koperatif terhadap tenaga kesehatan yang sedang merawatnya. 3. Ideal diri : Ny. W mengatakan ingin melakukan pengobatan yang terbaik agar cepat sembuh dan beraktivitas sperti

tangga yang bekerja sebagai petani	biasa serta kumpul kembali dengan keluarganya. 4. Harga diri : Ny. W dapat menerima keadaannya sekarang dan memiliki keinginan untuk sembuh.
------------------------------------	---

8. POLA PERAN DAN HUBUNGAN

Di Rumah	Di Rumah Sakit
Hubungan pasien baik dan akrab dengan keluarga, Teman, serta masyarakat sekitar tempat tinggal.	Pasien banyak menghabiskan waktu bersama keluarganya dan sangat di perhatikan selama di rawat di rumah sakit. Pasien juga mengatakan berhubungan baik dengan dokter serta perawat yang merawatnya selama di rumah sakit.

9. POLA REPRODUKSI-SEKSUAL

Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pasien adalah seorang ibu rumah tangga, pasien mengatakan masih menstruasi	Pasien mengatakan terakhir menstruasi kemarin dan saat pengkajian masih menstruasi.

10. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRESS

Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pasien mengatakan jika banyak pikiran klien selalu berdoa kepada Tuhan, pasien juga akan bercerita terkait masalah yang dihadapi kepada keluarga pasien	Pasien mengatakan kalau pasien mengalami stres klien hanya mengalihkan dengan bermain hp dan menonton youtube serta mendengarkan musik menggunakan headset

11. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pasien mengatakan ketika dirumah selalu pergi beribadah di gereja	Pasien mengatakan walau sakit tapi selalu berdoa dalam hati untuk kesembuhannya.

D. DATA PENUNJANG

1. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 01/11/2024

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Hematologi Rutin			
Hematologi Rutin Automatik			
WBC	8.9	4.00-10.0	10 ³ /ul
RBC	4.37	4.00-6.00	10 ⁶ /ul
HGB	12.44	12.0-16.0	gr/dl
HCT	37	37.0-48.0	%
MCV	85	80.0-97.0	fL
MCH	28	26.5-33.0	pg
MCHC	33	31.5-35.0	gr/dl
PLT	299	150-400	10 ³ /ul
RDW-D	37.3	37.0-54.0	fL
RDW-CV	11.9	10.0-15.0	%
PDW	8.4	10.0-18.0	fL
MPV	8.6	6.50-11.0	fL
PCT	0.26	0.15-0.50	%
NEUTH	57.0	52.0-75.0	%
LYMPH	31.9	20.0-40.0	%
MONO	8.0	2.00-8.00	%
EO	2.8	1.00-3.00	%
BASO	0.3	0.00-0.10	%
LED I	32	(L < 10 P < 20)	mm

Koagulasi			
Waktu Prothrombine (PT)_			
INR	0.95	-	
PT	9.9	10-14	detik
APTT	23.4	22.0-30.0	detik
Kimia Darah			
Glukosa			
Glukosa Sewaktu			
GDS	91	140	mg/dl
Fungsi Ginjal			
Ureum	22	10-50	mg/dl
Kreatinin	0.58	L (< 1.3);P(<1.1)	mg/dl
Fungsi Hati			
Bilirubin Total	1.25	Dewasa (<1.1) Neonatus (<11.0)	mg/dl
Bilirubin Direk	0.26	Dewasa (0.30) Neonatus (<3.0)	mg/dl
SGOT	18	< 38	U/L
SGPT	21	< 41	U/L
Albumin	3.9	3.5-5.0	gr/dl
Elektrolit			
Natrium	139	136-145	mmol/l
Kalium	4.3	3.5-5.1	mmol/l
Klorida	103	97-111	mmol/l
Kesan : Peningkatan laju endap darah			

2. Pemeriksaan Radiologi

- Foto Thorax

Hasil :

- ✓ corakan bronchovaskuler kedua paru dalam batas normal.
- ✓ Tidak tampak bercak infiltrate maupun konsolidasi pada kedua lapangan paru
- ✓ Cor : normal, aorta normal
- ✓ Kedua sinus dan diafragma kesan baik
- ✓ Tulang-tulang intak
- ✓ Jaringan lunak sekitar kesan baik.

Kesan : Tidak tampak kelainan pada foto thorax

3. Terapi Obat

Table 3.3: Terapi Obat

No.	Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
1.	Ringer Lactat	0.9 % 20 tpm	Intravena	Untuk mengganti cairan tubuh yang hilang saat mengalami luka, cedera, atau menjalani operasi yang menyebabkan kehilangan darah dalam jumlah yang banyak
2.	Katerolac	30 mg/8jam	Intravena	Sebagai antiinflamasi /antinyeri

E. ANALISA DATA

Tabel 3.4: Analisa Data

Keluhan	Nilai/Kondisi Normal	Klasifikasi Data
1. Pasien tampak meringis 2. Pasien mengeluh nyeri 3. pasien tampak gelisah 4. Pasien mengatakan nyeri pada area bekas luka post op laparaskopy colistektomi P : Nyeri terasa ketika pasien bergerak ataupun tidak bergerak Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri bekas operasi di rasakan pada abdomen kanan atas (hiopokandria) menjalar sampai ke belakang S : Skala nyeri 6/10 (NRS) T : Nyeri di rasakan terus menerus 5. Pasien tampak bersikap protektif terhadap nyeri 6. dafTTV : TD : 118/73 mmHg N : 110 x/mnt S : 36.9°C P : 20x/mnt Spo ₂ : 98 7. Pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan nyeri yang di rasakan, 8. Pada saat dilakukan pengkajian pasien terlihat menguap dan tidur di pagi hari. 9. pasien mengatakan aktivitas pasien di bantu 10. Pasien terlihat enggan bergerak dikarenakan pasien menghindari rangsangan nyeri. 11. Ekstermitas atas 5, ekstremitas bawah 4 Kekuatan otot 5 5 4 4	Tidak nyeri Tidak mengeluh nyeri Tidak gelisah Tidak bersikap protektif terhadap nyeri Nadi membaik Tidak susah tidur Aktivitas tidak di bantu Tidak menghindari rangsangan nyeri Kekuatan otot pada rentang normal	Nyeri dan Kenyamanan Nyeri dan kenyamanan Nyeri dan kenyamanan Nyeri dan kenyamanan Nyeri dan kenyamanan Aktvitas dan Istirahat Akivitas dan Istirahat Aktivitas dan Istirahat Aktivitas dan Istirahat Aktvitas dan Istirahat Aktivitas dan Istirahat Aktivitas dan Istirahat Aktivitas dan Istirahat

12. Pasien di bantu ketika ingin bergerak.	Tidak terpasang kateter	Kemanan dan Proteksi
13. Pasien tampak terpasang kateter urine	Tidak lemas	Kemanan dan Proteksi
14. Pasien tampak lemas	Luka operasi membaik	Kemanan dan Proteksi
15. Pasien dilakukan post op laparskopi		Kemanan dan Proteksi
16. Terdapat luka pada abdomen kanan atas dan abdomen bagian tengah dan luka pada abdomen kanan tengah		Keamanan dan Proteksi
17. Pasien terpasang infus Nacl 0.9%		

**F. DIAGNOSA KEPERAWATAN (sesuai prioritas masalah)
“berdasarkan SDKI”**

Table 3.5 Diagnosa keperawatan

Data	Masalah Keperawatan
<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada luka post op laparscopy colisistektomi P : Nyeri terasa ketika pasien bergerak ataupun tidak bergerak Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri bekas operasi di rasakan pada abdomen kanan atas (hiopokandria) menjalar sampai ke belakang S : Skala nyeri 6/10 (NRS) T : Nyeri di rasakan terus menerus Pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan nyeri yang di rasakan <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien dilakukan post op laparscopy colisistektomi Pasien tampak bersikap protektif terhadap nyeri Pasien tampak meringis Pasien mengeluh nyeri Pasien tampak gelisah TTV N : 110 x/mnt 	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>

<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak bisa tidur di karenakan nyeri yang dirasakan <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada saat pengakajian pasien terlihat menguap dan baru tidur dipagi hari 2. Tampak bawah mata pasien terlihat sedikit hitam 	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan</p>
<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Pasien tampak terpasang urine 3. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat enggan bergerak di karenakan pasien menghindari rangsangan nyeri 2. Ekstirimitas atas 5 bawah 4 3. Terpasang kateter urine 4. Terpasang infus Nacl 0.9% 5. Terdapat luka pada abdomen kanan atas, abdomen bagian tengah dan luka pada abdomen kanan tengah. 	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas</p>
<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada area luka post op <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka post op pada abdomen kanan atas dan abdomen bagian tengah dan luka pada abdomen kanan tengah 2. Pasien terpasang infus Nacl 0.9% 3. Pasien terpasang kateter urine 	<p>Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif di buktikan dengan tindakan invasif</p>

Diagnosa Keperawatan	Tgl Ditemukan	Tgl Teratasi
<p>Nyeri akut b d agen cedera fisik (D.0077) d.d pasien mengatakan nyeri pada post op pada perut tembus kebelakang, gelisah, tampak meringis, bersikap menghindari nyeri skala nyeri pasien 6/10 (NRS) N: 110x/mnt.</p>	<p>06 November 2024</p>	<p>08 November 2024</p>
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan di buktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur di karenakan nyeri yang dirasakan, pasien mengeluh sering terjaa dari tidurnya, pasien mengeluh istirahat tidak cukup</p>	<p>06 November 2024</p>	<p>08 November 2024</p>
<p>Intoleransi akivitas berhubungan dengan imobilitas di buktikan dengan di buktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan</p>	<p>06 November 2024</p>	<p>08 November 2024</p>

ekstrimitas, pasien mengeluh kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien ekstrimitas bawah menurun di sebabkan karena nyeri.		
Resiko infeksi d.d prosedur invasive	06 November 2024	08 November 2024

G. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.6: Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran	Intervensi
1	Nyeri akut b d agen cedera fisik (D.0077) d.d pasien mengatakan nyeri pada post op pada perut tembus kebelakang, gelisah, tampak meringis, bersikap menghindari nyeri skala nyeri pasien 6/10 (NRS) N: 110x/mnt.	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam Pasien akan Menunjukkan tingkat nyeri menurun dibuktikan dengan kriteria hasil berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Mengiris menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Frekuensi nadi membaik (5) 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis relaksasi genggam jari 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan di buktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur di	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identiikasi pola aktvitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)

	karenakan nyeri yang dirasakan, pasien mengeluh sering terjaa dari tidurnya, pasien mengeluh istirahat tidak cukup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun (5) 2. Keluhan sering terjaga menurun (5) 3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5) 	<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang <i>jika perlu</i>. 4. Tetapkan jadwal rutin 5. Fasilitasi istirahat dan tidur <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan relaksasi autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas di buktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, pasien mengeluh kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien ekstremitas bawah menurun. Pasien tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga.	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) 2. Jarak berjalan meningkat (5) 3. Kelemahan fisik menurun (5) 4. Rentang gerak sendiri (ROM) meningkat (5) 5. Nyeri menurun (5) 6. Kelemahan fisik menurun (5) 7. Frekuensi nadi membaik (5) 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171) <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 3. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i>. 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. 5. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif. <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi/ambulasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi/ambulasi dini 8. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar

			mandi, berjalan sesuai toleransi).
4.	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif	<p>Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tindakan infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun (5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5) 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539) <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian Antibiotik jika perlu <p>Intervensi Pendukung Perawatan luka (I.14564) <i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan baluan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan Nacl 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Pasang balutan sesuai jenis luka

			<p>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Ajarkan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu.</i></p>
--	--	--	---

H. IMPLEMENTASI

Hari pertama Rabu, 06 November 2024

Table 3.7 Implementasi Keperawatan

NO	Hari/Tgl	Dx Keperawatan	Jam	Implmentasi
1	Rabu 06/11/2024	Nyeri akut b d agen cedera fisik (0077)	08.00	1. Megidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : pasien mengeluh nyeri pada post laparskopi koletistomi, nyeri bertambah pada saat bergerak ataupun tidak bergerak dengan kualitas tertusuk-tusuk, nyeri menyebar sampai kebelakang, nyeri terus menerus (1-2) menit
			08.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Skala 6 (NRS)
			08.06	3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>Rileksasi genggam jari</i>) Hasil : Telah diberikan <i>Rileksasi genggam jari</i> , pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya menurun, skala nyeri turun menjadi 5/10 (NRS)
			08.20	

				4. Penatalaksanaan pemberian analgetik Hasil : Telah diberikan obat Ketorolak 30 mg
2	Rabu 06/11/2024	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	09.21 09.22 09.24 09.25 09.27	<p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : Klien mengatakan sulit tidur, jika sudah tidur terbangun di malam hari tidak bisa tidur lagi sampai pagi, sedangkan untuk data obyektifnya klien tampak lesu.</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) Hasil : Pasien terlihat mengeluh nyeri pada luka operasi</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang <i>jika perlu</i>. Hasil : Mematikan lampu dan mengurangi kebisingan dan suhu ruangan di kasi sedang agar pasien tidak kedinginan.</p> <p>4. Menetapkan jadwal rutin Hasil : Pasien setuju untuk diberikan jadwal rutin</p> <p>5. Mengajarkan relaksasi autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya. Hasil : Mendengar musik relaksasi</p>
3	Rabu 06/11.2024	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas.	09.28 09.29 09.30	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil : pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi</p> <p>2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur). Hasil : Pasien dapat mengikuti intruksi dan dapat melakukan mobilisasi</p> <p>3. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif. (abduksi, adduksi, fleksi ekstensi dan oposisi). Hasil : pasien mengatakan ingin berlatih menggerakkan kakinya agar cepat bisa beraktivitas secara mandiri, pasien tampak kooperaif</p>

			09.35	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga pasien tampak kooperatif dan membantu pasien dalam meningkatkan pergerakannya
			09.36	5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Pasien dan keluarga mengerti
			09.37	6. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil : Pasien dan keluarga mengerti
			09.38	7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Hasil : Pasien bersedia untuk diajarkan latihan rentang gerak sendi, sedangkan untuk data objektifnya klien tampak mengikuti arahan dengan baik dan dapat mengulanginya meskipun memerlukan bantuan dari anaknya
4.	Rabu 06/11/2024	Resiko Infeksi	09.40	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil : inpeksi luka operasi ruber (-), kalor (-), Edema (-), dan fungsi laesa
			09.41	2. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)
			09.42	3. Membatasi jumlah pengunjung
			09.43	4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : agar meminimalisir terjadinya resiko infeksi terhadap pasien
			09.48	
			09.50	5. Membersihkan luka dengan cairan Nacl.
			09.51	6. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Hasil : Mengganti verban dengan menggunakan sarung tangan steril saat mengganti verban luka operasi
			09.52	
			09.53	7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil : keluarga dan pasien mengerti

			09.54 09.55	8. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil : pasien dan keluarga mengerti 9. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Hasil : keluarga dan pasien mengerti 10. Mengkolaborasikan Pemberian Antibiotik, <i>jika perlu</i> .
--	--	--	----------------	--

IMPLEMENTASI

Hari kedua Kamis, 07 November 2024

NO	Hari/Tgl	Dx Keperawatan	Jam	Implentasi
1	Kamis 07/11/2024	Nyeri akut b d agen cedera fisik	14.00 14.11 14.12	1. Megidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : pasien mengeluh nyeri pada post laparskopi koletistomi, nyeri bertambah pada saat bergerak ataupun tidak bergerak dengan kualitas tertusuk-tusuk, nyeri menyebar sampai kebelakang, nyeri terus menerus (1-2) menit 2. Megidentifikasi skala nyeri Hasil : Skala 5 (NRS) 3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>Rileksasi finger hold</i>)

				<p>Hasil : Telah diberikan <i>Rileksasi finger hold</i>, pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya menurun menjadi 4/10 (NRS).</p>
2	Kamis 07/11/2023	Gangguan pola tidur b d hambatan lingkungan.	14.13 14.15 14.16 14.17 14.18	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : Klien mengatakan sulit tidur, jika sudah tidur terbangun di malam hari tidak bisa tidur lagi sampai pagi, sedangkan untuk data obyektifnya klien tampak lesu. 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) Hasil : Pasien terlihat mengeluh nyeri pada luka operasi 3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang <i>jika perlu</i>. Hasil : Mematikan lampu dan mengurangi kebisingan dan suhu ruangan di kasi sedang agar pasien tidak kedinginan. 4. Menetapkan jadwal rutin Hasil : Pasien setuju untuk diberikan jadwal rutin 5. Mengajarkan relaksasi autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya. Hasil : Mendengar musik relaksasi
3	Kamis 07/11/2024	Intoleransi aktivitas b d imobilitas	14.19 14.20 14.21	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil : pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi 2. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif. (abduksi, adduksi, fleksi ekstensi dan oposisi). Hasil : pasien mengatakan ingin berlatih menggerakkan kakinya agar cepat bisa beraktivitas

			14.22	<p>secara mandiri, pasien tampak koopertaif</p> <p>3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur). Hasil : Pasien dapat mengikuti intruksi dan dapat melakukan mobilisasi</p> <p>4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil : Pasien dan keluarga mengerti</p> <p>5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari teempat tidur ke kursi). Hasil : Pasien bersedia untuk diajarkan latihan rentang gerak sendi, sedangkan untuk data objektifnya klien tampak mengikuti arahan dengan baik dan dapat mengulanginya meskipun memerlukan bantuan dari anaknya</p>
4.	Kamis 07/11/2024	Resiko infeksi d.d adanya prosedur invasif	14.23 14.24 14.27 14.30	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil : inpeksi luka operasi ruber (-), kalor (-), Edema (-), dan fungsi laesa</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : agar meminimalisir terjadinya resiko infeksi terhadap pasien</p> <p>3. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Hasil : Mengganti verban dengan menggunakan sarung tangan steril saat mengganti verban luka operasi</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

IMPLEMENTASI

Hari ketiga, Jumat, 08 Oktober 2024

NO	Hari/Tgl	Dx Keperawatan	Jam	Implmentasi
1.	Jumat 08/11/20 24	Nyeri akut b d agen cedera fisik	14.00 14.12 14.13	<p>1. Megidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil : pasien mengeluh nyeri pada post laparskopi koletistomi, nyeri bertambah pada saat bergerak ataupun tidak bergerak dengan kualitas tertusuk-tusuk, nyeri menyebar sampai kebelakang, nyeri terus menerus (1-2) menit</p> <p>2. Megidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil : Skala 4 (NRS)</p> <p>3. Memberikan teknin nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>Rileksasi finger hold</i>)</p> <p>Hasil : Telah diberikan <i>Rileksasi finger hold</i>, pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya menurun, skala nyeri 3/10 (NRS).</p>
2	Jumat 08/11/20 24	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	14.20	<p>1. Mengajarkan relaksasi autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.</p> <p>Hasil : Mendengar musik relaksasi</p>

3.	Jumat 08/11/20 24	Intoleransi fisik b d imobilitas	14.21 14.22	<p>1. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif. (abduksi, adduksi, fleksi ekstensi dan oposisi). Hasil : pasien mengatakan ingin berlatih menggerakkan kakinya agar cepat bisa beraktivitas secara mandiri, pasien tampak kooperatif</p> <p>2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga pasien tampak kooperatif dan membantu pasien dalam meningkatkan pergerakannya</p>
4.	Jumat 08/11/20 24	Resiko infeksi d.d adanya prosedur invasive	14.23 14.29	<p>1. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : agar meminimalisir terjadinya resiko infeksi terhadap pasien</p>

I. EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi Keperawatan Hari Pertama

Table 3.8 Evaluasi Keperawatan

No	Diagnose	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pncedera fisik	<p>Pada Tanggal 06/11/2024</p> <p>Jam 11.00</p> <p>S : pasien mengatakan masih nyeri post op laparoscopi kolesistektomi Skala nyeri menurun dari 6 ke 5 (NRS)</p> <p>O : pasien terlihat memegang perut, pasien tampak masih tampak gelisah dan meringis, nyeri ketika di tekan.</p> <p>TD : 118/73 mmHg</p> <p>N : 108 x/mnt</p> <p>S : 36.9°C</p> <p>P : 20x/mnt</p> <p>Spo₂ : 98</p> <p>A : Nyeri akut</p> <p>P : Nyeri akut dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengiris menurun (5) Menidentifikasi skala nyeri 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurut (5) Pemberian teknik rilekasasi finger hold.
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>Pada Tanggal 06/11/2024</p> <p>Jam 11.05</p> <p>S : klien mengatakan sulit tidur jika tidur terbangun di malam hari tidak bisa tidur lagi sampai pagi,</p> <p>O : klien tampak lesu akibat kurang tidur,</p>

		<p>A : pola tidur belum teratasi belum tercapai,</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang <i>jika perlu</i>. 4. Menetapkan jadwal rutin 5. Mengajarkan relaksasi autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	<p>Pada Tanggal 06/11/2024</p> <p>Jam 11.10</p> <p>S : Pasien mengatakan ekstremitas bawah belum terlalu bisa di gerakkan 4 dan belum bisa dilipat hanya bisa di rentangkan</p> <p>O : klien tampak lemas dan hanya bisa berbaring di tempat tidur,</p> <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi dan tujuan belum tercapai,</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2,3,5,6.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur). 3. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif. (abduksi, adduksi, fleksi ekstensi dan oposisi). 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini
4.	Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif	<p>Pada Tanggal 06/11/2024</p>

		<p>Jam 11 : 15</p> <p>S : Pasien mengeluh nyeri pada luka post op, pasien mengatakan tidak demam.</p> <p>O : Keadaan pasien lemah, pasien tampak meringis,</p> <p>TD : 118/73 mmHg</p> <p>N : 108 x/mnt</p> <p>S : 36.9°C</p> <p>P : 20x/mnt</p> <p>Spo₂ : 98</p> <p>A : Resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 6,</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik2. Membatasi jumlah pengunjung3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
--	--	---

Evaluasi Keperawatan Hari Ke Dua

No	Diagnose	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Pada Tanggal 08/11/2024</p> <p>Jam 16 : 00</p> <p>S : pasien mengatakan masih nyeri post op laparoscopi kolesistektomi, skala nyeri dari 5 menurun ke 4 (NRS)</p> <p>O : Pasien terlihat meringis, pasien tampak masih gelisah</p> <p>TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 105 x/mnt</p> <p>S : 36.9°C</p> <p>P : 20x/mnt</p> <p>SpO₂ : 98</p> <p>A : nyeri akut masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi Mengidentifikasi skala nyeri 3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>Rileksasi finger hold</i>)
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>Pada Tanggal 07/11/2024</p> <p>Jam 16.00</p> <p>S : pasien mengatakan sudah agak nyaman pada saat tidur,</p> <p>O : wajah pasien tampak lebih segar dari sebelumnya,</p> <p>A : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai,</p> <p>P : lanjutkan intervensi 5.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan relaksasi autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	<p>Pada tanggal 07/11/2024</p> <p>Jam 16.00</p> <p>S : klien mengatakan sudah bisa mengerjakan badanya dan sudah bisa duduk diatas tempat tidur meskipun masih dibantu oleh anaknya,</p> <p>O : klien tampak duduk diatas tempat tidur,</p> <p>A : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai,</p> <p>P : lanjutkan intervensi 2 dan 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif. (abduksi, adduksi, fleksi ekstensi dan oposisi). 2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur).
4.	Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif	<p>Pada Tanggal 07/11/2024</p> <p>Jam 16 : 00</p> <p>S : Pasien mengeluh nyeri pada luka post op, pasien mengatakan tidak demam.</p> <p>O : Keadaan pasien lemah, pasien tampak meringis,</p> <p>TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 105 x/mnt S : 36.9°C P : 20x/mnt SpO₂ : 98</p> <p>A : Resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi 2, 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Evaluasi Keperawatan Hari Ketiga

No	Diagnose	Evaluasi
1.	Nyeri akut b d agen cedera fisik	<p>Pada Tanggal 08/11/2024</p> <p>Jam 16 : 00</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri post op laparoskopi sudah berkurang dari skala 4 menjadi skala 3 NRS</p> <p>O : klien tampak tersenyum.</p> <p>TD : 110/75 mmHg</p> <p>N : 90 x/mnt</p> <p>S : 36.9°C</p> <p>P : 20x/mnt</p> <p>Spo₂ : 98</p> <p>A : masalah teratasi tujuan tercaapai,</p> <p>P : hentikan intervensi</p>
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>Pada Tanggal 08/11/2024</p> <p>Jam 16 : 00</p> <p>S : pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan tenang dan sudah tidak terbanngun di malam hari,</p> <p>O : klien tampak tersenyum sudah tidak terdapat kantung mata,</p> <p>A : gangguan pola tidur masalah teratasi tujuan tercapai,</p> <p>P : hentikan intervensi</p>
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	<p>Pada tanggal 08/11/2024</p> <p>Jam 16.00</p> <p>S : klien sudah bisa duduk sendiri tanpa bantuan orang lain dah sudah bisa berjalan ke kamar mandi meski masih di bantu oleh anaknyan,</p> <p>O : klien tampak tenang dan duduk di atas tempat tidur,</p>

		<p>A : masalah teratasi tujuan tercapai, P : hentikan intervensi.</p>
4.	<p>Resiko infeksi d.d adanya prosedur invasive</p>	<p>Pada Tanggal 07/11/2024 Jam 16 : 00 S : Pasien tidak mengeluh, nyeri ketika bergerak. pasien mengatakan tidak demam. O : Keadaan pasien sedikit lemah. TD : 110/75 mmHg N : 90 x/mnt S : 36.9°C P : 20x/mnt Spo₂ : 98 A : Resiko infeksi teratasi P : Hentikan intervensi.</p>

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Profil Lahan Praktik

Cikal bakal berdirinya RSWS bermula pada tahun 1947 di dirikan Rumah Sakit dengan meminjam 2 (dua) bangsal Rumah Sakit Jiwa yang telah berdiri sejak tahun 1942 sebagai bangsal bedah dan penyakit dalam yang merupakan cikal bakal berdirinya Rumah Sakit Umum (RSU) Dadi. Pada tahun 1957 RSU Dadi yang berlokasi di jalan Lanto Daeng Pasewang No. 43 Makassar sebagai Rumah Sakit Pemda Tingkat 1 Sulawesi Selatan dan pada tahun 1993 menjadi Rumah Sakit dengan klasifikasi B. Pengembangan RSU di pindahkan ke Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 11 Makassar, berdekatan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Pada tahun 1994 RSu Dadi berubah menjadi Rumah Sakit vertical milik Departemen Kesehatan dengan nama Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr. Wahidin Sudiruhusodo berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan R.I. No. 540/SK/VI/1994 sebagai Rumah Sakit kelas A dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan serta sebagai Rumah Sakit rujukan tertinggi di Kawasan Timur Indonesia. Pada tanggal 10 Desember 1995 RSUP Dr. Wahidin Sudiruhusodo ditetapkan menjadi Rumah Sakit Unit Swadana dan pada tahun 1998 dikeluarkan Undang-Undang No. 30 tahun 1998 berubah menjadi Unit Pengguna Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP).

Dengan terbitnya peraturan Pemerintah R.I. No. 125 tahun 2000, RSUP Dr. Wahidin Sudiruhusodo beralih status kelembagaan menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan), yang berlangsung selama lima tahun dan berakhir pada tahun 2005. Kemudian berdasarkan peraturan pemerintah No. 23 tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU), keputusan Menteri kesehatan RI. No : 1243/MenKes/SK/VII/2005 tanggal 11 Agustus 2005 tentang penetapan 13 Eks Rumah Sakit PERJAN menjadi UPT DepKes dengan penerapan pola PPK-BLU, dan Surat

Keputusan Menteri Kesehatan RI. Nomor: 1677/MenKes/Per/XII/2005 tentang organisasi dan tata kerja RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, maka sejak tahun Januari tahun 2006 kelembagaan RSWS berubah menjadi unit pelaksana teknis DepKes dengan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum. Mulai tahun 2008 membangun center-center yang bertujuan untuk membantu masyarakat untuk memperoleh layanan maksimal, seperti Gastroentero Hepatologi Center, Infection Center, Private Care Center, Mother and Child Center.

Tahun 2014 RSWS memperoleh dua akreditasi penting, yakni akreditasi KARS Paripurna dan Akreditasi JCI pada tanggal 17 Oktober 2014 Kemenkes RI mengeluarkan Surat Keputusan No.HK.02.02/Menkes/390/2014 tentang penetapan status kelas A sesuai tercantum pada keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/I/5512/2018 (Sudirohusodo, 2017).

B. Visi-Misi

1. Visi Rumah Sakit

Menjadikan Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar sebagai center of excellence dalam pelayanan dan pendidikan kesehatan di Kawasan Timur Indonesia.

2. Misi Rumah Sakit

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, holistik dan profesional kepada seluruh lapisan masyarakat termasuk masyarakat miskin.
- b. Penyelenggaraan pendidikan terpadu dengan pelayanan.
- c. Menyelenggarakan pelayanan rujukan kesehatan dalam rangka peningkatan indikator pelayanan kesehatan masyarakat.

C. Analisis Asuhan Keperawatan Ny. W Dengan Post Op Laparoscopi Kolelitiasis

Pada tanggal 05 November 2024 pukul 08.17 WITA, klien atas nama Ny. W, usia 40 tahun, masuk di ruang Lontara 3 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan diagnosa medis kolelitiasis. Pengkajian dilakukan pada tanggal 06 November 2024 pukul 08.30 WITA. Pasien dengan keluhan utama nyeri post op laparoscopi kolesistektomi. Pasien mengatakan di rujuk dari Rumah Sakit palopo untuk operasi batu empedu, pasien masuk di rumah sakit di karenakan nyeri yang dirasakan sudah 2 bulan lebih dari perut kanan atas sampai kebelakang memberat 1 minggu lalu sehingga masuk rumah sakit karena nyeri yang dirasakan dan tidak nyaman dan nyeri ketika pasien lama duduk.

Pasien mengatakan nyeri di area abdomen post operasi sampai di belakang. Pasien mengatakan nyerinya dirasakan ketika bergerak ataupun tidak bergerak, pasien mengatakan nyeri dengan skala 6/10 NRS. Pasien mengatakan nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk, nyeri yang di rasakan hilang timbul. Pasien tampak terpasang kateter urine. Pasiendilakukan post op laparskopi. Pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan nyeri yang di rasakan, pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan belum BAB, pasien tampak bersikap protektif. Pasien tampak sulit beregerak aktivitas di bantu oleh keluarganya P : Nyeri terasa ketika pasien bergerak ataupun tidak bergerak, Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : Nyeri di rasakan di abdomen kanan atas (hiopokandria) menjalar sampai ke belakang, S : Skala nyeri 6/10 (NRS), T : Nyeri di rasakan terus menerus.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data : Nadi 110x/mnt adanya nyeri tekan pada luka post op, adanya 3 luka post op laparoscopi di perut region hipokandria dextra atas, region lumbal dextra tengah dan regio umbilicus. Dari observasi dan wawancara, diketahui pasien mengatakan nyeri post op nyeri di rasakan sangat mengganggu, dari pengkajian nyeri yang di dapatkan, P : Nyeri terasa ketika pasien bergerak ataupun tidak bergerak, Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : Nyeri di rasakan di abdomen

kanan atas (hiopokandria) menjalar sampai ke belakang, S : Skala nyeri 6/10 (NRS), T : Nyeri di rasakan terus menerus. Dari wawancara di atas pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protectif terhadap rangsangan dan sulit tidur karena nyeri tersebut.

Berdasarkan analisis penulis dan dengan tanda gejala yang telah diuraikan diatas didiagnosa beberapa masalah keperawatan yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op, resiko infeksi di tandai dengan efek prosedur invasive. Focus intervensi diarahkan pada penanganan nyeri post op sebagai masalah prioritas mengingat dampaknya terhadap kualitas hidup pasien. Kesimpulan yang dapat diambil adalah bahwa tanda dan indikasi pada pasien pasca kolesistektomi sering menunjukkan nyeri yang intens terkait dengan kerusakan fisiologis akibat operasi. Nyeri yang intens ini dapat muncul sebagai akibat dari penyakit atau prosedur bedah, dengan tingkat keparahan yang bervariasi (dari ringan hingga sangat parah) dan berlangsung dalam waktu singkat. Nyeri parah ini biasanya akan mereda dengan sendirinya saat jaringan yang rusak sembuh, dan dalam banyak kasus, dapat hilang tanpa perlu pengobatan setelah kondisi pasien membaik (Yuliana et al., 2022).

Penelitian sebelumnya dengan judul pemberian intervensi relaksasi genggam jari pada pasien dengan pot op laparoscopi kolesistektomi ini dapat menurunkan nyeri post op metode genggam jari melibatkan genggam jari dan pengaturan napas (Rahman & Nurhasanah, 2024).

Berdasarkan studi yang dilakukan pada tahun 2021 oleh Rosiska, pasien pascaoperasi di ruang operasi Rumah Sakit Umum Major General H.A. Thalib Kerinci melaporkan penurunan tingkat ketidaknyamanan. Setelah penerapan teknik relaksasi genggam jari, lebih dari 50% responden mengungkapkan bahwa mereka merasakan nyeri ringan, yang menunjukkan bahwa teknik relaksasi genggam jari memiliki efek positif

dalam mengurangi nyeri pada pasien yang sedang pulih dari pascaoperasi (Rosiska, 2021)

Teknik relaksasi genggam jari adalah salah satu metode sederhana yang dapat digunakan untuk mengurangi intensitas ketidaknyamanan. Metode ini, yang mudah diterapkan oleh siapa saja, melibatkan penggunaan jari dan aliran energi dalam tubuh untuk mengurangi nyeri pascaoperasi. Dalam waktu dua hingga lima menit, latihan pernapasan dan relaksasi dapat dilakukan dengan menggenggam jari, yang dapat membantu menciptakan rasa nyaman, fokus, dan kesiapan dalam menghadapi situasi. Teknik ini bekerja dengan mengurangi ketegangan fisik dan emosional melalui genggam jari sambil mengambil napas dalam. Genggam jari berfungsi untuk menghangatkan titik masuk dan keluar energi di meridian, atau saluran energi, yang ditemukan di jari tangan (AZ et al., 2022).

Menurut pasien dilakukan post op laparskopi, nyeri di area abdomen post operasi sampai di belakang. Pasien mengatakan nyerinya dirasakan ketika bergerak ataupun tidak bergerak, pasien mengatakan nyeri dengan skala 6/10 NRS. Pasien mengatakan nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk, nyeri yang di rasakan hilang timbul. Pasien tampak terpasang kateter urine. Pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan nyeri yang di rasakan dan pasien mengatakan nyeri juga menghambat aktivitasnya, nyeri yang dirasakan sangat mempengaruhi kenyamanan pasien. Pasien mengatakan bersedia dan mau untuk melakukan relaksasi genggam jari pasien mengatakan ini sangat membantu pasien dalam menurunkan intensitas nyeri yang di rasakan selain meminum obat.

D. Analisis Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait

Berdasarkan analisis data dari pengkajian, maka yang menjadi salah satu prioritas masalah atau diagnose yang muncul pada pasien yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang dibuktikan dengan: prosedur post op laparoscopi kolesistektomi, nyeri post op pada perut tembus kebelakang, gelisah, tampak meringis, bersikap menghindari nyeri skala nyeri pasien 6/10 (NRS) N: 110x/mnt, sulit tidur, mobilitas fisik

terganggu. Sesuai dengan tujuan intervensi tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi. Penulis menyusun rencana keperawatan dengan tujuan (SLKI): tingkat nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protectif menurun, frekuensi nadi membaik. Penulis menerapkan teknik nonfarmakologi yang menjadi salah satu penatalaksanaan keperawatan, yaitu teknik relaksasi genggam jari untuk mengetahui efektivitasnya dalam menurunkan tingkat nyeri pasien post op laparoskopi.

Sejalan dengan (Larasati & Hidayati, 2022), pengurangan nyeri pada pasien laparotomi pascaoperasi dapat dicapai melalui pemberian terapi relaksasi genggam jari sekali sehari selama tiga hari, dengan durasi 15 menit setiap kali. Sebelum menerima terapi, sebagian besar pasien mengalami nyeri pascaoperasi dengan tingkat keparahan sedang; tetapi setelah menerima terapi, tingkat nyeri mereka menurun menjadi ringan. Studi ini menunjukkan bahwa relaksasi genggam jari dapat secara efektif mengurangi tingkat ketidaknyamanan yang dialami oleh pasien pasca operasi. Banyak studi sebelumnya juga telah mengungkapkan bahwa terapi genggam jari adalah metode yang efektif untuk mengurangi tingkat keparahan nyeri pasca operasi (Larasati & Hidayati, 2022). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tyas & Maulida bahwa ada dampak strategi genggam jari dalam mengurangi tingkat penyiksaan pada pasien pascaoperasi (Tyas & Sadanoer, 2019).

Teknik ini berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam- dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meredian (jalur atau jalur energi dalam tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat genggam. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sumbatan

di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Indrawati, 2020).

Berdasarkan penelitian sebelumnya dan berdasarkan pengkajian serta evaluasi keperawatan, penulis sangat tertarik untuk menerapkan teknik relaksasi genggam jari untuk menurunkan nyeri yang dirasakan dengan post op laparoskopi kolesistektomi, yaitu pada Ny. W untuk diaplikasikan secara rutin di Ruang Lontara 1 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Berikut adalah table yang memperlihatkan table evaluasi perkembangan.

Table 4.1: Evaluasi perkembangan

Hari /Tanggal	Skala Nyeri	
	Sebelum	Sesudah
Rabu 06/11/2024 H-1	6/10 (NRS)	5/10 (NRS)
Kamis 07/11/2024 H-2	5/10 (NRS)	4/10 (NRS)
Jumat 08/11/2024 H-3	4/10 (NRS)	3/10 (NRS)

Dari tabel evaluasi perkembangan terapi relaksasi genggam jari di atas diatas dapat disimpulkan bahwa untuk mengurangi nyeri pada pasien berinisial Ny. W memiliki pengaruh yang cukup signifikan karena terapi yang digunakan untuk pasien dengan post op laparoskopi dapat menurunkan skala nyeri. Dengan pemberian dan evaluasi yang dilakukan dalam 1x/hari selama 3 hari, waktu pemberian terapi relaksasi genggam jari minimal 10-15 menit dan evaluasi 1 jam atau setelahnya. Pada tabel pertama didapatkan penurunan skala nyeri dari 6 ke 5, pada hari ke dua terdapat penurunan skala nyeri 5 ke 4, dan pada hari ke tiga terdapat penurunan skala nyeri dari 4 ke

3. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan efektif dalam membantu mengurangi tingkat nyeri secara bertahap. Hasil observasi yang dilakukan selama 3 hari menunjukkan penurunan skala nyeri yang cukup signifikan demikian penulis berharap klien mampu melakukan dan menerapkannya secara mandiri, agar skala nyeri dapat terus menurun.

Sejalan dengan penelitian (Novia, 2023). Setelah dilakukan terapi genggam jari pasien mengatakan jika nyeri berkurang dan lebih membaik dari skala nyeri yang dirasakan pasien dari skala 6 (skala sedang) menjadi menjadi skala 2 (skala ringan) dapat terbukti lebih efektif untuk menurunkan nyeri dan teknik relaksasi genggam jari efektif dalam menurunkan nyeri post operasi serta teknik relaksasi juga membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tyas & Maulida bahwa ada dampak strategi genggam jari dalam mengurangi tingkat penyiksaan pada pasien pascaoperasi (Tyas & Sadanoer, 2019). Rasa sakit dapat dikurangi dengan cara yang tidak terduga karena dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah dukungan keluarga dan hubungan sosial yang dekat. Selama periode perawatan pascaoperasi, kehadiran keluarga dan pasangan dapat memberikan rasa tenang dan mengurangi kecemasan. Metode genggam jari melibatkan genggam jari dan kontrol pernapasan. Masing-masing genggam ini membawa aliran energi yang berfungsi sebagai stimulus untuk relaksasi. Stimulasi ini mempengaruhi transmisi sinyal saraf, meningkatkan aktivitas serat saraf A beta yang lebih besar dan lebih cepat, sehingga mengurangi transmisi rasa sakit melalui serat saraf C dan A delta yang lebih kecil. Dengan demikian, genggam jari menghambat persepsi rasa sakit. Jika informasi rasa sakit tidak mencapai otak, maka rasa sakit tidak akan dirasakan. Dengan mengarahkan pernapasan melalui genggam jari, tekanan dan kecemasan pasien dapat dikendalikan, sehingga membantu menciptakan rasa nyaman yang lebih besar dan mengurangi intensitas rasa sakit. Perawatan genggam jari akan memberikan stimulasi yang diteruskan melalui serat saraf aferen non

nosiseptor. Serat saraf non nosiseptor ini menyebabkan "pintu gerbang" tertutup, sehingga menghambat dan mengurangi transmisi stimulus nyeri (Aswad, 2020).

Pada kasus ini dilaksanakannya pemberian relaksasi genggam jari dalam waktu singkat yaitu 3 hari hanya dengan waktu yang singkat sehingga relaksasi yang diberikan kurang hanya di kolaborasikan dengan pemberian obat analgetik untuk mengurangi nyeri dan intervensi dinyatakan berhasil dikarenakan pada hari ketiga pasien di rencanakan pulang.

E. Alternatif Pemecah Masalah Yang Dapat Dilakukan

Kasus kolelitiasi post op laparoscopi kolesistektomi ini dilakukan pengkajian pada tanggal 06-08 November 2024 di berikan intervensi selama 3 hari dimana dilakukan intervensi relaksasi genggam jari agar respon nyeri pasien menurun, pada saat pengkajian didapatkan hasil nyeri pada skala 6 (sedang menggunakan pengkajian nyeri NRS *{numeric rating scale}*).

Tindakan keperawatan dalam mengatasi nyeri pada Ny. W yaitu melakukan teknik relaksasi genggam jari, teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama ± 10 (satu kali sehari) menit sambil menarik nafas dalam perlahan dari hidung kemudian hembuskan perlahan dengan mulut. Pemberian intervensi relaksasi genggam jari dihubungkan dengan masalah keperawatan nyeri. Pada implementasi hari pertama di hari rabu 06 November 2024 setelah pemberian terapi relaksasi genggam jari dan diajarkan kepada pasien didapat hasil pasien mengatakan nyeri pada post laparskopi koletistomi, pasien terlihat memegang perut, pasien tampak masih tampak gelisah dan meringis, nyeri ketika di tekan, pasien mengatakan masih nyeri skala nyeri 5 NRS *{numeric rating scale}*),

Pada hari kedua implementasi Kamis 07 November 2024 setelah pemberian terapi di hari kedua didapatkan hasil pasien terlihat meringis, pasien mengatakan masih nyeri post op laparoscopi kolesistektomi pada perut nyeri terasa ketika bergerak hilang disaat baring skala nyeri 4 NRS *{numeric rating scale}*).

Implementasi hari ketiga Jumat 08 November 2024 didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri post op sudah berkurang, pasien tampak tidak meringis ketika bergerak, pasien tampak tersenyum, dan pada saat di evaluasi skala nyeri 3 NRS *{numeric rating scale}*).

Dapat dilihat dari ketiga hari dilakukannya implementasi pemberian terapi non farmakologis relaksasi genggam jari didapatkan hasil terjadi penurunan tingkat nyeri, setelah itu implementasi keluarga dimana rutin untuk melaksanakan relaksasi genggam jari minimal satu hari sekali, untuk hasil untuk mengurasi rasa nyeri, implementasi dihentikan selain penulis berpindah tempat dinas juga pasien dipulangkan oleh dokter.

Sejalan dengan penelitian (Rosiska, 2021) bahwa teknik relaksasi genggam jari dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi. Hal ini dibuktikan terdapat lebih dari separoh responden mengalami nyeri ringan setelah diberikan teknik relaksasi genggam jari. Pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op di Ruang Bedah RSUD Mayjen H.A Thalib Kerinci dapat memberikan hasil yang cukup baik. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan pada hari kedua pasca pembedahan yang menunjukkan penurunan nyeri yang dialami oleh pasien setelah menggunakan teknik relaksasi genggam jari.

Sejalan dengan penelitian (Rahman & Nurhasanah, 2024) Evaluasi yang diperoleh setelah teknik relaksasi genggam jari selama 3 hari dan dilakukan 12 kali sehari menunjukkan perubahan yang signifikan dalam kondisi dengan menunjukkan bahwa ada kemajuan bahwa rasa sakit yang dirasakan oleh klien dapat berkurang. Pada penelitian (Haura Syafa Rizqa & Rochmawati, 2023). bahwa teknik relaksasi genggam jari ini merupakan salah satu manajemen nyeri non farmakologi yang dapat dilakukan untuk membantu mengurangi nyeri pasien post operasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis menguraikan pembahasan kasus Ny. W dengan diagnosis Kolelitiasis post op laparoscopi kolesistektomi dan dilakukan intervensi relaksasi enggam jari di Ruang digestif Lontara 3 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, maka:

1. Pengkajian

Pada pengkajian kasus di dapatkan Pasien mengatakan nyeri pada luka post op laparscopy kolisistektomi, Pasien mengatakn nyeri yang dirasakan tembus di belakang, Skala nyeri 6/10 (NRS), Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, Nyeri yang di rasakan terus menerus, Pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan nyeri yang di rasakan, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bergerak ataupun tidak bergerak. Sesuai hasil pengkajian ditemukan beberapa masalah yang terjadi pada pasien antara lain :

- a. Nyeri akut
- b. Gangguan pola tidur
- c. Intoleransi aktivitas
- d. Risiko infeksi

2. Intervensi yang diberikan pada Ny. W dengan diagnosa kolelitiasis post op laparoscopi kolesistektomi adalah mengatasi nyeri yang timbul dengan pemberian intervensi relaksasi genggam jari yang dilakukan selama 3 hari.

3. Implementasi diberikan kepada pasien sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan sebelumnya berdasarkan kebutuhan pasien. Tindakan keperawatan dalam mengatasi nyeri pada Ny. W yaitu melakukan teknik relaksasi genggam jari, teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama ± 10 (satu kali sehari) menit sambil menarik nafas dalam perlahan dari hidung kemudian hembuskan perlahan dengan mulut

4. Evaluasi dan Tindakan yang telah diberikan meliputi menilai karakteristik nyeri, durasi dan intensitas nyeri. Menilai setelah tindakan diberikan juga dilihat sebagaimana tingkat berhasilnya relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri.

B. Saran

1. Untuk Rumah Sakit

Diharapkan kepada pihak rumah sakit agar dapat mempertahankan hasil waktu tanggap yang cepat dan tepat, serta lebih meningkatkan lagi pelayanan khususnya di bidang keperawatan digestif.

2. Untuk Perawat

Diharapkan kepada perawat agar lebih meningkatkan ilmu pengetahuan dan meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya dengan kasus Kolelitiasis Post Laparoskopi Kolesistektomi dan menjadikan Karya Ilmiah Akhir ini sebagai bahan evaluasi untuk lebih meningkatkan potensi diri sehingga tercapai pelayanan optimal kepada pasien.

3. Untuk Instansi Pendidikan

Diharapkan kepada institusi pendidikan agar lebih meningkatkan ilmu pengetahuan yang bersumber pada text book, penelitian-penelitian terbaru (jurnal) mengenai asuhan keperawatan dengan diagnosis kolelitiasis post op laparoskopi kolesistektomi.

4. Untuk Pasien dan Keluarga

Diharapkan agar pasien dan keluarga dapat aktif dalam proses perawatan dengan memahami kondisi kolelitiasis post op laparoskopi kolesistektomi dan mengikuti rencana perawatan yang ditetapkan oleh tim medis, serta mendorong mereka untuk berpartisipasi dalam program edukasi yang disediakan oleh rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan tentang manajemen kesehatan. Selain itu, pasien dan keluarga disarankan untuk mengadopsi teknik relaksasi genggam jari sebagai bagian dari pemberian alternative mengurangi nyeri yang dirasakan pada saat- saat nyeri menyerang.

5. Untuk Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian sehingga dapat memperluas hasil penelitian untuk meningkatkan penerapan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan tingkat nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- A M Kaiser, M. L. C. (2020). *History of laparoscopy. Surg Oncol Clin N Am*, 3, 483–492.
- Andiang, J. (2022). *Garuh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea Di Rsia Sentosa Makassar. Jurnal Stella Maris Makassar 2022*, 10–80.
- Anne Marthe Schreuder, Olivier R Busch, Marc G Besselink, Povilas Ignatavicius, Antanas Gulbinas, Giedrius Barauskas, Dirk J Gouma, T. M. van G. (2019). *Long-Term Impact of Iatrogenic Bile Duct Injury. Surgery*, 1, 10–21. <https://doi.org/10.1159/000496432>
- Antoniou, S. A., Antoniou, G. A., Antoniou, A. I., & Granderath, F. A. (2015). *Past, Present, And Future Of Minimally Invasive Abdominal Surgery. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 19(3), 1–5. <https://doi.org/10.4293/JLSLS.2015.00052>
- Aswad, A. (2020). *Relaksasi Finger Hold Untuk Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Appendektomi. Jambura Health and Sport Journal*, 2(1), 1–6. <https://doi.org/10.37311/jhsj.v2i1.4555>
- AZ, R., Tarwiyah, T., & Maulani, M. (2022). *Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi. JINTAN: Jurnal Ilmu Keperawatan*, 2(1), 27–32. <https://doi.org/10.51771/jintan.v2i1.216>
- Bahrudin, M. (2018). *Patofisiologi Nyeri (Pain). Sainika Medika*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Bickley, L. S. (2020). *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. 13th ed. Wolters Kluwer.
- Blythe, J., Herrmann, E., Faust, D., Falk, S., Edwards-Lehr, T., Stockhausen, F., Hanisch, E., & Buia, A. (2018). *Acute Cholecystitis &Ndash; A Cohort Study In A Real-World Clinical Setting (REWO study, NCT02796443). Pragmatic*

and Observational Research, Volume 9, 69–75.
<https://doi.org/10.2147/por.s169255>

Brunelli, C., et al. (2010) Comparison Of Numerical And Verbal Rating Scales To Measure Pain Exacerbations In Patiens With Chornic Cancer Pain. *Health and Quality of Life Outcome: Vol. 8: 42.*

Buia, A., Stockhausen, F., & Hanisch, E. (2015). *Laparoscopic Surgery: A Qualified Systematic review. World Journal of Methodology, 5(4), 238.*
<https://doi.org/10.5662/wjm.v5.i4.238>

Chinnery GE, Krige JE, Bornman PC, Bernon MM, Al-Harethi S, Hofmeyr S, Banderker MA, Burmeister S, Thomson SR. *Penanganan Kebocoran Empedu Secara Endoskopi Setelah Kolesistektomi Laparoskopik. S Afr J Surg. 25 Oktober 2013; 51 (4):116-21*

Dinar Kusuma Wardani, I. G. P. (2024). *Perbandingan Efektivitas Analgesia Pascaoperasi Blok Subkostal Transversus Abdominis (Sta) Dengan Opioid Intravena Pada Pasien Operasi Laparoskopik Kolesistektomi. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8(April), 2579–2593.*

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2016). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span (9th ed.).* F.A. Davis Company

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span (9th ed.).* F.A. Davis Company.

EFIC, E. P. F. (2025). *Measuring Pain in the Clinic. 2025.*
<https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>

Fuadi, A. (2020). *Laparoskopik : Teknologi Canggih dalam Pengelolaan Pembedahan Laparoscopy : a cutting age surgical technology.* Scribd.Com.
<https://www.scribd.com/doc/281157253/laparoskopik-kolesistektomi>

Fried, G. M., Feldman, L. S., Vassiliou, M. C., Kaneva, P. (2022). *Laparoscopic Surgery: Principles and Procedures.* McGraw-Hill Education.

- Gordon, M. (2010). *Manual of Nursing Diagnosis* (12th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Gurusamy, K. S., Samraj, K., Fusai, G. K., Davidson, B. R. (2013). "Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy For Acute Cholecystitis." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD005440. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005440.pub3>
- Hardi, H. P., & Hendri, A. Z. (2021). *Relation Between Difficulty Level Of Laparoscopic Procedures And The Incidence Of Complications During Urologic Laparoscopic Surgery In Dr. Sardjito Hospital. Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica*, 40(5), 474–478. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5449306>
- Haura Syafa Rizqa, & Rochmawati, E. (2023). *Evidance Based Case Report (EBCR) : Intervensi Terapi Genggam Jari Dalam Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi. Informasi Dan Promosi Kesehatan*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.58439/ipk.v2i1.70>
- Helci, Y. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Appendektomy Dengan Terapi Relaksasi Genggam Jari Untuk Menurunkan Nyeri Di Ruang Dahlia Rsud Dr T.C Hillers Maumere. 1–23.*
- Indrawati, A. H. A. (2020). *Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Persepsi Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur. Jurnal Keperawatan*, 2507(February), 1–9.
- Jarvis, C. (2019). *Physical Examination and Health Assessment*. 8th ed. Elsevier.
- Jones., K. R. H. J. T. C. K. P. M. W. (2025). *Laparoscopic Cholecystectomy* (T. I. (FL) (ed.)). State Pearls Publishing LLC.
- Kapoor, T., Wrenn, S. M., Callas, P. W., & Abu-Jaish, W. (2018). *Cost Analysis and Supply Utilization of Laparoscopic Cholecystectomy. Minimally Invasive Surgery*, 2018(June 2016). <https://doi.org/10.1155/2018/7838103>

- Kose, S. H., Grice, K., Orsi, W. D., Ballal, M., & Coolen, M. J. L. (2018). *Metagenomics Of Pigmented And Cholesterol Gallstones: The Putative Role Of Bacteria*. *Scientific Reports*, 8(1), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-29571-8>
- Kozier, B., Erb, G., et al. (2010). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice* (8th ed.). Pearson Education.
- Larasati, I., & Hidayati, E. (2022). *Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi*. *Ners Muda*, 3(1). <https://doi.org/10.26714/nm.v3i1.9394>
- Lewis, S. L., et al. (2017). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 10th ed. Elsevier.
- Meliala, L. (2017). *BUKU AJAR NYERI*. Indonesian Pain Society. <https://repository.stikesbcm.ac.id/id/eprint/422/1/ebook-buku-ajar-nyeri-r31jan2019.pdf>
- Merdekawati, D. (2020). *Perbandingan Validitas Skala Ukur Nyeri VAS dan NRS Terhadap Penilaian Nyeri di IGD RSUD Raden Mattaher Jambi*. 7(2).
- National Institutes of Health (NIH). (2020). *Cholecystectomy Information*. Retrieved from <https://www.nih.gov>
- Nilawati, & Prastiwi, F. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas: Nyeri Akut Dengan Intervensi Terapi Distraksi Mendengarkan Murottal Al-Quran*. *Nursing Study Program Diploma Three Faculty of Health Sciences University of Kusuma Husada Surakarta*, 27(2), 58–66. <http://117.74.115.107/index.php/jemasi/article/view/537>
- Nisa, H. (2023). *Karakteristik Pasien Pembedahan Laparoscopy Pada Bagian Bedah Anak Di Rsud Raden Mattaher Jambi*. Universitas Jambi.
- Novia, T. A. (2023). *Penerapan Terapi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi*. *Karya Ilmiah Akhir Ners*, 2(4), 829–837.
- Nyoman, W. S. (2021). *Skripsi Manajemen Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi*. *Repository Itekes Bali*. https://repository.itekes-bali.ac.id/medias/journal/17D10049_Nyoman_Sri_Wahyuni.pdf

- Pinzon, R. T. (2016). *Pengkajian Nyeri*. In *Buku pengkajian nyeri*
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Rahman, I. A., & Nurhasanah, I. (2024). *Intervention of Finger Hold Relaxation Technique on Reduction of Pain Scale in Cholelithiasis Patients After Cholecystectomy Surgery*. *11*(2), 127–135.
- Rosiska, M. (2021). *Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Op*. *Ilmu Kesehatan Dharmas Indonesia*, *01*(2), 51–56.
<https://ejournal.undhari.ac.id/index.php/jikdi/article/view/561/262>
- SAGES. (2020). *Guidelines For The Clinical Application Of Laparoscopic Biliary Tract Surgery*. *Surgical Endoscopy*, *14*(8), 771–772.
<https://doi.org/10.1007/s004640000287>
- Sari, P. D. (2022). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Tn. A Dengan Diagnosa Cholelithiasis Di Ruang C1 Rspal Dr. Ramelan Surabaya*.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (12th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 12. Jakarta: EGC.
- Strasberg, Steven M. MD, F. (2018). *Tokyo Guidelines for the Diagnosis of Acute Cholecystitis*. *Journal of the American College of Surgeons*, *227*(6).
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2018.09.005>
- Sudirohusodo, R. W. (2017). *Profil Kemenkes RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Kemenkes Rsup Wahidin Sudirohusodo.
<https://www.rsupwahidin.com/konten-5-sejarah-rsup-wahidin-sudirohusodo.html>

- Syafa L. (2025). *Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Untuk Mengurangi Nyeri Dalam Asuhan Keperawatan Pemenuhan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Laparotomi di Ruang Melati 3 RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. 1–6.
- Tamsuri, (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1).
- Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1).
- Tim Pokja SLKI PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1).
- Tyas, A. D., & Sadanoer, I. M. (2019). *Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea*. *Jurnal Bidan Komunitas*, 3(2), 86–92.
- Wati, F., & Ernawati, E. (2020). *Penurunan Skala Nyeri Pasien Post-Op Appendectomy Menggunakan Teknik Relaksasi Genggam Jari*. *Ners Muda*, 1(3), 200. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i3.6232>
- Widiastutik, A. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Explorasi Batu Cbd Cholecistectomy Hari Ke 1 Di Ruang Pav 3 Rs Darmo Surabaya*. *Stikesdutagama.Ac.Id*, 1–97.
- Widodo, W., & Trisetya, M. (2022). *Terapi Relaksasi Napas Dalam dan Genggam Jari pada Klien Post Hernioraphy dengan Nyeri Akut*. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(November), 1377–1386.
- Wulandari, F. (2023). *Penerapan Efektivitas Relaksasi Genggam Jari Dalam Mengurangi Tingkat Nyeri Pada Tn. H Dengan Post Op Laparoscopi Diruang Perawatan Lantai V Paviliun Eri Soedewo Rspad Gatot Soebroto*.
- Yuliana, Silitonga, Y. A. M., & Wahyuni, A. (2022). *Manajemen Nyeri Pasca Operasi : Tinjauan Pustaka*. *Nutrient*, 2(2), 27–37. <https://doi.org/10.36911/nutrient.v2i2.1352>

Zuhair. (2021). *Skripsi 2021 hubungan intensitas nyeri dengan status fungsional penderita.*

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1***Informed Consent***

Dengan ini menyatakan persetujuan untuk diberikan tindakan/intervensi keperawatan berupa teknik relaksasi genggam jari terhadap : Saya sendiri / istri / suami/ anak / ayah / ibu dengan :

Nama :

Umur / Jenis Kelamin :

Alamat :

No. KTP/SIM :

Yang tujuan, sifat dan risiko serta manfaat yang dapat ditimbulkan dari tindakan keperawatan tersebut telah cukup dijelaskan oleh perawat dan saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran & tanpa paksaan

Perawat

Yang membuat pernyataan

()

()

Saksi 1

Saksi 2

LAMPIRAN 2 SOP RELAKSASI GENGAM JARI

Standar Operasional Prosedur	Teknik Relaksasi Genggam Jari
Pengertian	Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan tangan dan aliran tubuh manusia. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri jika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi.
Manfaat	Untuk mengurangi nyeri dan dapat mengontrol diri ketika terjadi perasaan yang tidak nyaman atau stress.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 6. Mengurangi nyeri, perasaan takut dan cemas 7. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 8. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh 9. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi 10. Melancarkan aliran dalam darah
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 5. Persiapan Perawat <ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji tindakan yang akan dilakukan • Memahami dan mengetahui prosedur tindakan yang akan dilakukan 6. Persiapan pasien <ul style="list-style-type: none"> • Pastikan pasien dalam keadaan sadar • Komunikasi terapeutik • Pastikan identitas pasien • Pasien tidak mengalami sesak dan nyeri berat • Posisikan pasien dalam posisi yang nyaman

- Jelaskan tindakan dan tujuan yang akan dilakukan
- Kontrak waktu \pm 30 menit

7. Persiapan lingkungan

- Persiapkan lingkungan yang tenang
- Pertahankan privacy klien, pasang sampiran

8. Prosedur pelaksanaan

- Cuci tangan
- Perawat meminta pasien untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata
- Genggamlah jari selama 10 menit dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking dengan masing-masing jari selama 2 menit, menggunakan tangan mana saja.



- Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut
- Ketika pasien menarik nafas, anjurkan untuk menghirup bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan. Kata memberi motivasi kepada diri sendiri seperti saya pasti bisa, saya ingin masalah saya cepat selesai, maafkan,

	<p>lepaskan, saya ingin nyeri cepat turun dan sebagainya sesuai permasalahannya</p> <ul style="list-style-type: none">• Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur. Ketika menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran.• Memotivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik Relaksasi Genggam Jari dan diulang sebanyak 3x.• Dokumentasi respon pasien
--	--

LAMPIRAN 3 EVALUASI PERKEMBANGAN





Hari /Tanggal	Skala Nyeri	
	Sebelum	Sesudah

LAMPIRAN 4 LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : APANI BOMAUW

Pembimbing I : Ns. Sintawati S.Kep, M.Kep.





No	Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi dan Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin /16/06/2015	- Konsul judul dan artikel - konsul BAB I - BAB III - konsul perbaikan judul KIAN - perbaikan BAB I - BAB III	
2.	Senin /23/06/2015	- konsul perbaikan BAB I - BAB III - perbaikan Daftar Pustaka - Perubahan Sitasi - lengkapi BAB 4	
3.	Jumat /04/07/2015	- konsul perbaikan bab II dan ^{BAB IV-V} - perbaikan Pathways di Kasi masuk di sebelum konsep keperawatan - ACC ^{di} perbaikan.	
4.	Rabu /09/07/2015	- TRD ^{lengkap} si parsetujuan.	

LAMPIRAN 4 LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Apmi Bornaaw

Pembimbing I : Ns. Sintawati, S.Kep., M.Kep

Pembimbing II : Ns. Rizpawati, S.Kep., M.Kep.

No	Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi dan Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Selasa / 08 / 07 / 2025	- Perbaiki judul - Perbaiki Analisa Data - Perbaiki Data Tabel Evaluasi: Perkembangan	 
2.	Rabu / 09 / 07 / 2025	- Revisi perbaikan	
3.	Kamis / 10 / 07 / 2025	- ACC ITD Lembar Per Seputren.	

Mengetahui,

Ketua Program Studi,

()