

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual, mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan. Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi, spiritual, dan sosial-budaya (AORN, 2013).

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Muttaqin & Sari, 2011). Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (Hipkabi, 2014).

2. Tujuan

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner&Suddarth, 2013):

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

3. Tahapan dalam keperawatan perioperatif

a. Fase pre operasi

Fase pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan

tindakan operasi. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat operasi. Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien). (Hipkabi, 2014).

1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2) Persiapan Fisiologi

- a) Diet (puasa), pada operasi dengan anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b) Persiapan Perut, Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan Kulit, Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut

- d) Hasil Pemeriksaan, hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e) Persetujuan Operasi / Informed Consent atau izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia

b. Fase intra operasi

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh: memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh. (Hipkabi, 2014)

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :

- 1) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
- 2) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- 3) Tipe anaesthesia yang digunakan.
- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien: Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk. Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- 1) Anggota steril, terdiri dari : ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, Scrub Nurse / Perawat Instrumen
- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari : ahli atau pelaksana anaestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

c. Fase post operasi

Fase post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (recovery room)/pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. (Hipkabi, 2014)

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah. Fase post operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (recovery room), Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.

- 2) Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi, Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (recovery room : RR) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: post anesthesia care unit) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :
 - 1) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anestesi)
 - 2) Ahli anestesi dan ahli bedah
 - 3) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensi maka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, (Brunner & Suddarth, 2013) yaitu :

- a. Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.
- b. Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.

- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, (Brunner&Suddarth, 2013) tindakan operasi di bagi menjadi :

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: insisi dan drainage kandung kemih, sirkumsisi.
- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh: Total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain.

5. Komplikasi Post Operasi dan Penatalaksanaannya

Kemudian komplikasi post operatif yang mungkin dapat terjadi dan penatalaksanaannya menurut (Hipkabi, 2014), antara lain :

- a. Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

- b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.

c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

d. Retensi urin

Retensi urine paling sering terjadi pada kasus-kasus

e. Operasi rektum, anus dan vagina.

Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah pemasangan kateter untuk membatu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

f. Infeksi luka operasi

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

g. Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

h. Embolisme pulmonal

Embolsime dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

i. Komplikasi gastrointestinal

Komplikasi pada gastrointestinal sering terjadi pada pasien yang mengalami operasi abdomen dan pelvis. Komplikasinya meliputi obstruksi intestinal, nyeri dan distensi abdomen

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Post Operasi

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada

a. Pengkajian post operasi

- 1) Status respirasi, meliputi: kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulasi, meliputi: nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 4) Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
- 5) Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah.
- 6) Keselamatan, meliputi: diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 7) Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainage: bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
- 8) Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa post operasi dalam (SDKI, 2017) yang mungkin muncul adalah:

- 1) Nyeri Akut

Nyeri Akut (D.0077)

Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung
--

kurang dari 3 bulan.	
Penyebab	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis
Kondisi Klinis Terkait	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma 	

2) Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
Penyebab <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot

<ol style="list-style-type: none"> 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuscular 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensoripersepsi 	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. 	Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak 	Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah
Kondisi Klinis Terkait	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Keganasan 	

3) Risiko Jatuh

Risiko Jatuh (D.0143)
<u>Definisi :</u> Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh
<u>Penyebab</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu jalan 5. Penurunan tingkat kesadaran

6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan pengelihatan (mis. glukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)
Kondisi Klinis Terkait 1. Osteoporosis 2. Kejang 3. Penyakit sebrovaskuler 4. Katarak 5. Glaukoma 6. Demensia 7. Hipotensi 8. Amputasi 9. Intoksikasi 10. Preeklampsi

c. **Intervensi Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan : Tingkat Nyeri (L.08066), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Manajemen Nyeri (L.08238)

Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau

fungsional dengan onset mendadak atau lembut dan beroriensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan

Observasi

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgesic

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgesic

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan : Mobilitas fisik (L.05042), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama .. jam, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak sendi (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Cemas menurun

- 6) Gerakan terbatas menurun
- 7) Kelemahan fisik menurun

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Dukungan Mobilisasi (I.05173)
Definisi Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik
Tindakan
Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi dini sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

3. Risiko jatuh berhubungan dengan kondisi pasca operasi

Tujuan : Tingkat Jatuh (L.14138), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama .. jam, tingkat jatuh pasien menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Jatuh saat berdiri menurun
- 3) Jatuh saat berjalan menurun

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Pencegahan Jatuh (I.14540)
Definisi Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis.

Tindakan
<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan pengelihatian, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kenijakan institusi) 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall orse Scale, Humpty Dumpty Scale) jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i> 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut dengan pemberian intervensi nonfarmakologis berupa guided imagery yang berhubungan dengan prosedur pasien post operasi laparatomi atas indikasi peritonitis. .

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan nonfarmakologi guided imagery untuk mengatasi nyeri akut.

Evaluasi dilihat berdasarkan luaran Tim Pojka DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian intervensi guided imagery: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

2. Konsep Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri (International Association for the Study of Pain, IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu pengalaman perasaan dan emosi yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan sebenarnya maupun potensial pada suatu jaringan. Nyeri merupakan perasaan tubuh atau bagian dari tubuh manusia, yang senantiasa tidak menyenangkan dan keberadaan nyeri dapat memberikan suatu pengalaman alam rasa (Judha et al, 2012).

Nyeri merupakan fenomena yang sering ditemukan dalam kehidupan dan suatu tanda adanya kerusakan jaringan dalam tubuh. Bisa juga diartikan sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai suatu penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi yang nyata, ancaman, dan fantasi luka.

b. Klasifikasi Nyeri

Menurut Zakiyah, (2015) dalam Fatmawati (2020) Klasifikasi nyeri berdasarkan lama atau waktu kejadian nyeri dibagi menjadi :

1) Nyeri Akut

Menurut Faderation of State Medical Boards of United States, nyeri akut adalah respons fisiologis normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimiawi, panas, atau mekanik menyusul suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut.

Ciri khas nyeri akut adalah nyeri yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat dari 1 detik sampai kurang dari 6 bulan.

2) Nyeri Kronis

The International Association for Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri yang menetap melampaui waktu penyembuhan normal yakni enam bulan. Nyeri kronis dibedakan menjadi dua, yaitu : nyeri nonmaligna (nyeri kronis persisten dan nyeri kronis intermitten) dan nyeri kronis maligna.

c. Fisiologi Nyeri Post Operasi

Tindakan operasi, seperti pemotongan atau peregangan jaringan mengakibatkan trauma dan inflamasi pada jaringan sekitar, sehingga akan menimbulkan stimulus nosiseptif yang merangsang reseptor nosiseptif. Pada reseptor nosiseptif, stimulus tersebut di transduksi menjadi impuls melalui serabut aferen primer c-fiber dan ad-fiber, kemudian diteruskan ke medula spinalis. Neuron aferen primer bersinaps dengan neuron aferen sekunder di kornu dorsalis medula spinalis dan diteruskan ke pusat, yaitu korteks serebri dan pusat yang lebih tinggi lainnya, melalui jalur spinotalamikus kontralateral dan spinoretikularis. Impuls tersebut diproses oleh pusat dengan mekanisme yang kompleks menjadi pengalaman nyeri (Suseno et al., 2017).

Pada saat terjadi respons inflamasi, mediator inflamasi, seperti sitokin bradikinin, dan prostaglandin, dilepaskan pada jaringan yang mengalami kerusakan, akibatnya nyeri nosiseptif dirasakan. Selain itu, respons inflamasi menyebabkan terjadinya perubahan plastisitas reversibel pada reseptor nosiseptor yang membuat ambang rangsang reseptor nosiseptor menurun. Hal tersebut menyebabkan sensitivitas terhadap nyeri meningkat pada daerah yang mengalami kerusakan jaringan, sehingga rangsangan ringan saja dapat menimbulkan rasa sakit. Proses tersebut dikenal sebagai sensitisasi perifer dengan tujuan membantu proses penyembuhan dengan cara melindungi daerah yang mengalami kerusakan jaringan, sehingga terjadinya perbaikan. Sensitisasi tersebut akan hilang saat mediator-mediator inflamasi

berhenti diproduksi, yaitu pada saat jaringan rusak mengalami penyembuhan (Suseno et al., 2017).

d. Faktor-faktor Nyeri

Ada Beberapa faktor penyebab terjadinya nyeri (Perry & Potter, 2005) dalam (Judha et all, 2012) antara lain :

1) Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

2) Jenis Kelamin

Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subyek penelitian yang melibatkan pria dan wanita, akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opiat endogen dan sehingga terjadilah persepsi nyeri.

4) Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan.

5) Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan

respon nyeri yang menurun. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran yang perifer. Biasanya hal ini karena toleransi nyeri individu meningkat, khususnya terhadap nyeri yang berlangsung hanya selama waktu pengalihan.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas.

7) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka lama. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri terasa lebih berat dan jika mengalami suatu proses periode tidur yang baik maka nyeri berkurang

8) Pengalaman Sebelumnya

Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian nyeri tanpa pernah sembuh maka rasa takut akan muncul, dan juga sebaliknya. Akibatnya klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri.

9) Gaya Koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat merasa kesepian, gaya koping berpengaruh mengatasi nyeri.

10) Dukungan Keluarga

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien sangat berpengaruh terhadap respon nyeri klien. Hal ini dikarenakan kehadiran orang yang bermakna bagi pasien akan meminimalkan rasa takut dan kesepian klien.

Adanya seseorang yang memberikan dukungan akan membuat seseorang merasa lebih nyaman.

e. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

1) Intensitas Nyeri

Menurut Potter & Perry (2006) dalam (Nisniritya, 2021) Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

Dalam pengkajian intensitas nyeri perawat akan meminta pasien untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal. Misal: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, hebat atau sangat nyeri, atau dengan membuat skala nyeri yang bersifat kualitatif menjadi bersifat kuantitatif dengan menggunakan skala 0-10, yang bermakna 0 = tidak nyeri dan 10 = nyeri sangat hebat (Judha, et al. 2012)

Menurut Koziar, Erb, Berman & Snyder (2020) dalam Oktarina, (2021), terdapat beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri yaitu :

a) Numerical Rating Scale (NRS)

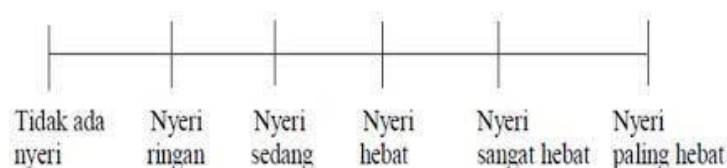
Skala penilaian numerik (Numeric rating scale, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Pasien akan menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. “0” menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan “10” menggambarkan nyeri yang sangat hebat. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Potter & Perry, 2010 dalam (Masitoh, 2021).



Gambar 2.1 : Numerical Rating Scale (NRS)
Sumber : Kozier, Erb, Berman & Snyder

b) Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau Skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

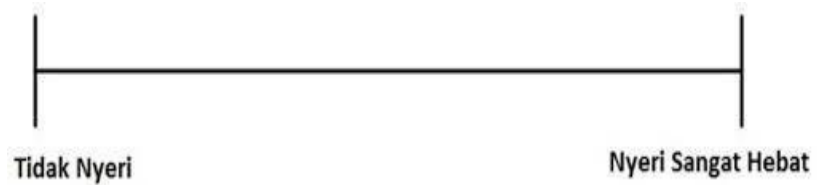


Gambar 2.2 Verbal Rating Scale (VRS)
Sumber : Potter & Perry 2006

c) Visual Analog Scale (VAS)

Skala analog visual (visual analog scale, VAS), merupakan suatu garis lurus dengan 10 cm, mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. VAS dapat merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitive karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka. Ujung kiri menandakan “tidak terasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang tidak tertahankan”. Untuk mendapatkan hasil, pasien diminta untuk membuat garis atau tanda pada garis 10 cm tersebut dan jarak yang dibuat oleh pasien diukur dengan menggunakan

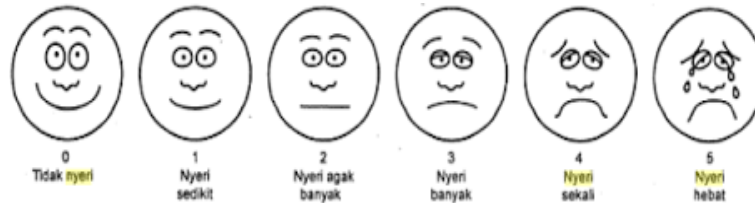
penggaris dan ditulis dalam satuan sentimeter (Potter & Perry, 2010). Dalam Masitoh 2021



Gambar 2.3 : Visual Analog Scale (VAS)
Sumber : Potter & Perry 2010

d) **FACES Pain Scale (FPRS)**

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala Nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, “Tidak ada sakit hati” sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan “Sakit terburuk”. Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa Inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat Wong Baker FACES Pain Rating Scale. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat.



Gambar 2.4 : FACES Pain Scale (FPRS)

Sumber : (Kozier, 2011)

2) SOP Pengukuran Skala Nyeri

Persiapan pasien dan lingkungan pasien

- Beritahu pasien tindakan yang akan dilakukan, beri posisi yang nyaman.
- Identifikasi pasien.
- Jelaskan prosedur pengukuran skala nyeri pada pasien.
- Jelaskan pada pasien tentang skala nyeri :
 - 0 = tidak nyeri, tidak ada keluhan nyeri.
 - 1-3 = nyeri ringan, ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat ditahan.
 - 4-6 = nyeri sedang, ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup untuk menahannya .
 - 7-10 = nyeri berat, ada nyeri, terasa sangat mengganggu/tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerit bahkan berteriak.
- Kaji pengalaman nyeri pasien yang terdahulu
- Kaji skala nyeri pasien dengan meminta pasien untuk menandai angka yang terdapat pada Numerical Rating Scale yang sesuai dengan nyeri yang dialami pasien saat itu.
- Dokumentasikan hasil pengukuran skala nyeri pasien.

f. Penatalaksanaan Nyeri Post Operasi

1) Penatalaksanaan Nyeri Secara Farmakologi

Cara farmakologi untuk menghilangkan nyeri menggunakan analgesik yang terbagi atas dua golongan, yaitu analgesik nonnarkotik dan analgesik narkotik. Berbagai pilihan penatalaksanaan secara farmakologi sebagai berikut:

- Non-narkotik dan obat antiinflamasi (NSAID)

- b) Analgesik narkotik atau opiate
- c) Obat tambahan (adjuvan)

2) Penatalaksanaan Nyeri Secara Non Farmakologi

Secara nonfarmakologi terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri yang terdiri atas (Alam, 2020):

a) Relaksasi

Relaksasi menyebabkan penurunan ketegangan, membuat ketenangan dan lebih rileks (Alam, 2020).

b) Tarik nafas

Tarik nafas dapat mengurangi rasa nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri (Alam, 2020).

c) Massage (pemijitan)

Massage atau pijat adalah metode penyembuhan atau terapi kesehatan secara tradisional, dengan cara memberikan tekanan kepada tubuh – baik secara terstruktur, tidak terstruktur, dengan getaran ataupun memberikan tekanan baik dilakukan secara manual ataupun menggunakan alat mekanis. Pijat dapat memberikan relaksasi, rasa nyaman, dan kebugaran. Pada pelayanan kesehatan pijat diaplikasikan untuk mengurangi rasa nyeri (Widaryanti, 2019 dalam Masitoh 2020).

d) Mobilisasi

Mobilisasi dapat mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi. Manfaat mobilisasi dini yaitu meningkatkan sirkulasi darah yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri (Alam, 2020).

e) Terapi musik

Individu yang kesakitan akan merasa rileks saat mendengar musik. Mekanisme fisiologis yang tepat belum ditemukan, namun beberapa teori yang mungkin termasuk distraksi, pelepasan opioid endogen, atau disosiasi. Ketiga mekanisme ini terjadi saat pemberian terapi musik. Musik memberikan

efek distraksi dan disosiasi dengan memfokuskan pada karakteristik pilihan musik (Black & Hawks, 2014).

f) Aromaterapi

Terapi aroma adalah terapi menggunakan zat pengharum atau minyak esensial yang diekstraksi dari tumbuhan. Aroma yang dihirup memberikan efek distraksi dan relaksasi bagi pasien. Penggunaan dengan dihirup atau dipakai pada pijatan (Black&Hawks, 2014).

g) Akupresur

Akupresur adalah metode non invasive dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupunktur. Tekanan, pijatan, atau stimulasi kutaneus lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupunktur (Black & Hawks, 2014).

h) Teknik imajinasi terbimbing

Imajinasi menurunkan nyeri melalui berbagai mekanisme. Hal ini juga merupakan cara untuk membantu individu mendistraksi diri mereka sendiri. Imajinasi dapat menghasilkan respons relaksasi, sehingga dapat menurunkan nyeri (Black & Hawks, 2014).

3. Konsep Guided Imagery

a. Pengertian Guided Imagery

Menurut Black & Hawks, 2014 Guided imagery adalah metode relaksasi untuk menghayalkan tempat dan kejadian yang berhubungan dengan rasa relaksasi menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan klien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi. Guided imagery menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu yang dirancang khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Imajinasi bersifat individu dimana individu menciptakan gambaran mental dirinya sendiri, atau bersifat terbimbing (Nurgiwati, 2015 dalam Alvianita,2019).

b. Teknik Guided Imagery

Macam-macam teknik guided imagery berdasarkan pada penggunaannya terdapat beberapa macam teknik, yaitu (Grocke & Moe, 2015 dalam Afdila, 2016) :

1) Guided walking imagery

Teknik ini ditemukan oleh psikoleuner. Pada teknik ini menggunakan imajinasi dan visualisasi untuk mengurangi nyeri dan mendorong relaksasi. Pasien dianjurkan mengimajinasikan pemandangan standar seperti padang rumput, pegunungan, pantai.

2) Autogenic abstraction

Teknik ini pasien diminta memilih sebuah perilaku negatif yang ada di pikirannya kemudian pasien mengungkapkan secara verbal tanpa batasan. Bila berhasil akan tampak perubahan dalam hal emosional dan raut muka pasien.

3) Cover sensitizion

Teknik ini berdasar paradigma reinforcement yang menyimpulkan bahwa proses imajinasi dapat dimodifikasi berdasarkan pada prinsip yang sama dalam modifikasi perilaku.

4) Cover behavior rehearsal

Teknik ini mengajak seseorang mengimajinasikan perilaku koping yang dia inginkan.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik guided walking imagery karena peneliti akan memandu responden untuk mengimajinasikan pemandangan seperti taman bunga, serta mengimajinasikan bayi yang sangat manis dan tumbuh sehat untuk mengurangi nyeri.

c. Manfaat Guided Imagery

Manfaat dari teknik Guided Imagery yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres dan nyeri sebagai penghancur sel kanker, untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri, serta untuk mencapai ketenangan dan ketentraman (Potter & Perry, 2009 dalam (Cahyaningrum, 2020). Guided Imagery merupakan

imajinasi yang direncanakan secara khusus untuk mencapai efek positif. Dengan membayangkan hal-hal yang menyenangkan maka akan terjadi perubahan aktivitas motorik sehingga otot-otot yang tegang menjadi rileks, respon terhadap bayangan menjadi semakin jelas. Guided imagery dapat membangkitkan perubahan neurohormonal dalam tubuh yang menyerupai perubahan yang terjadi ketika sebuah peristiwa yang sebenarnya terjadi (Hart, 2008 dalam Afdila, 2016) . hal ini bertujuan untuk membangkitkan keadaan relaksasi psikologis dan fisiologis untuk meningkatkan perubahan yang menyembuhkan ke seluruh tubuh (Jacobson, 2006 dalam Afdila, 2016).

d. Indikasi Guided Imagery

Dossey, etal (dalam Potter & Perry, 2009) menjelaskan aplikasi klinis guided imagery yaitu sebagai penghancur sel kanker, untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri, serta untuk mencapai ketenangan dan ketentraman. Guided imagery juga membantu dalam pengobatan seperti asma, hipertensi, gangguan fungsi kandung kemih, sindrom pre menstruasi, dan menstruasi. selain itu guided imagery juga digunakan untuk mereduksi nyeri luka bakar, sakit kepala migrain dan nyeri pasca operasi. Indikasi dari guided imagery adalah semua pasien yang memiliki pikiran negatif atau pikiran menyimpang dan mengganggu perilaku (maladaptif). Misalnya over generalization, stress, cemas, depresi, nyeri, hipokondria, dan lain-lain.

e. Prosedur Terapi Guided Imagery

Prosedur pelaksanaan terapi guided imagery meliputi :

- 1) Menjelaskan tujuan, manfaat dan cara dilakukannya tehnik guided imagery.
- 2) Mengkaji intensitas nyeri sebelum dilakukan intervensi dengan menggunakan skala nyeri yang ada di kuesioner yang sudah dijelaskan cara pengisiannya.
- 3) Mengkaji hal-hal yang disukai klien sebelum dilakukan intervensi (Patasik dkk, 2013).

Pelaksanaan :

Pelaksanaan tehnik guided imagery (Nurgiwati, 2015 dalam Alvianita 2019) sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Bawa peralatan mendekati tempat tidur
- c) Ikuti instruksi selama proses latihan
- d) Pilih posisi yang nyaman apakah duduk, berdiri atau terlentang dengan tulang punggung lurus
- e) Instruktur meminta peserta untuk menarik panjang dan lembut melalui hidung kemudian menahan nafas selama 3 detik dan mengeluarkan nafas dengan lembut dari mulut.
- f) Lakukan pernafasan dalam dan lembut sebanyak 10 kali
- g) Kemudian membacakan teks perjalanan imagery
- h) Instruktur meminta pasien untuk melakukan nafas dalam sebanyak 10 kali secara lembut
- i) Instruktur meminta pasien membuka mata perlahan-lahan dan latihan ini sudah selesai.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Peritonitis

a. Definisi

Peritonitis adalah peradangan peritoneum (membran serosa yang melapisi rongga abdomen dan menutupi visera abdomen) merupakan penyulit berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Keadaan ini biasanya terjadi akibat penyebaran infeksi dari organ abdomen, perforasi saluran cerna, atau dari luka tembus abdomen. Organisme yang sering menginfeksi adalah organisme yang hidup dalam kolon (pada kasus ruptura appendik) yang mencakup *Eschericia coli* atau *Bacteroides*. Sedangkan stafilokokus dan streptokokus sering kali masuk dari luar (Jong, 2011).

Peritonitis adalah peradangan peritonium yang merupakan komplikasi berbahaya akibat penyebaran infeksi dari organ abdomen (apendisitis, pankreatitis, dll) ruptur saluran cerna dan luka tembus abdomen

(Padila, 2012). Peritonitis adalah inflamasi rongga peritonium yang disebabkan oleh infiltrasi isi usus dari suatu kondisi seperti ruptur apendiks, perforasi/trauma lambung dan kebocoran anastomosis (Padila, 2012). Berdasarkan kedua penjelasan di atas, penulis dapat menyimpulkan peritonitis adalah peradangan peritonium yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ abdomen seperti apendisitis, pankreatitis, ruptur apendiks, perforasi/trauma lambung dan kebocoran anastomosis.

b. Klasifikasi

1) Peritonitis Primer.

Peritonitis yang terjadi tanpa adanya sumber infeksi di rongga peritonium, kuman masuk ke dalam rongga peritonium melalui aliran darah / pada pasien perempuan melalui area genital.

2) Peritonitis Sekunder.

Terjadi bila kuman masuk ke dalam rongga peritonium dengan jumlah yang cukup banyak. Biasanya dari lumen saluran cerna, bakteri biasanya masuk melalui saluran getah bening diafragma tetapi bila banyak kuman yang masuk secara terus-menerus akan terjadi peritonitis. Biasanya terdapat campuran jenis kuman yang menyebabkan peritonitis, yang sering adalah kuman aerob dan kuman anaerob. Peritonitis juga terjadi apabila ada sumber intraperitoneal seperti apendisitis, diverkutilitis, salpingitis, kolesistitis, pankreatitis dan sebagainya.

Bila ada trauma yang menyebabkan ruptur pada saluran cerna/perforasi setelah endoskopi maka dilakukan kateterisasi. Biopsi atau polipektomi endoskopi, tidak jarang pula setelah perforasi spontan pada tukak peptik atau keganasan saluran cerna, tertelanya benda asing yang tajam juga dapat menyebabkan perforasi dan peritonitis.

3) Peritonitis tersier

Karena pemasangan benda asing ke rongga peritonium. misalnya pemasangan kateter Ventrikula – peritoneal, pemasangan kateter

peritoneal – juguler, continuous ambulatory peritoneal dialysis (Schwartz, 2000).

c. Etiologi

Peritonitis bakterial diklasifikasikan menjadi primer dan sekunder

- 1) Peritonitis primer Disebabkan oleh invasi hematogen dari organ peritoneal yang langsung dari rongga peritoneum. Banyak terjadi pada penderita :
 - a) Sirosis hepatis dengan asites
 - b) Nefrosis
 - c) SLE
 - d) Bronkopneumonia dan tb paru
 - e) Pyelonefritis
- 2) Peritonitis sekunder Peritonitis yang mengikuti suatu infeksi akut atau perforasi tractusi gastrointestinal atau tractus urinarius. Pada umumnya organisme tunggal tidak akan menyebabkan peritonitis yang fatal. Sinergisme dari multipel organisme dapat memperberat terjadinya infeksi ini. Bakteri anaerob, khususnya spesies Bacteroides, dapat memperbesar pengaruh bakteri aerob dalam menimbulkan infeksi. Disebabkan oleh infeksi akut dari organ intra peritoneal seperti:
 - a) Iritasi Kimiawi : Perforasi gaster, pankreas, kandung empedu, hepar, lien, kehamilan extra tuba yang pecah
 - b) Iritasi bakteri : Perforasi kolon, usus halus, appendix, kista ovarii pecah, ruptur buli dan ginjal.
 - c) Luka/trauma penetrasi, yang membawa kuman dari luar masuk ke dalam cavum peritoneal.
- 3) Peritonitis Tersier
Peritonitis yang mendapat terapi tidak adekuat, super infeksi kuman, dan akibat tindakan operasi sebelumnya (Arief, 2000)

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala peritonitis yaitu sakit perut (biasanya terus menerus), mual dan muntah, abdomen yang tegang, kaku, nyeri, demam,

leukositosis dan dehidrasi. Dapat ditemui kemerahan, adema, dehidrasi. Selain itu pula, pasien tidak mau bergerak, perut kembung, nyeri tekan abdomen, bunyi usus berkurang atau menghilang, syok (neurogenik, hipovolemik atau septik) terjadi pada penderita peritonitis umum, bising usus tidak terdengar pada peritonitis umum dapat terjadi pada daerah yang jauh dari lokasi peritonitisnya, nausea, vomiting, penurunan peristaltik (Padila, 2012)

e. Patofisiologi

Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi rongga abdomen ke dalam rongga abdomen, biasanya diakibatkan dari inflamasi, infeksi, iskemia, trauma atau perforasi tumor (Padila, 2012). Awalnya mikroorganisme masuk kedalam rongga abdomen adalah steril tetapi dalam beberapa jam terjadi kontaminasi bakteri. Akibatnya timbul edema jaringan dan penambahan eksudat. Cairan dalam rongga abdomen menjadi keruh dengan bertambahnya sejumlah protein, sel-sel darah putih, sel-sel yang rusak dan darah. Respon yang segera dari saluran intestinal adalah hipermotilitas, di ikuti oleh ileus parolitik dengan penimbunan udara dan cairan di dalam usus besar.

Timbulnya peritonitis adalah komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi. Reaksi awal peritonium terhadap invasi bakteri adalah keluarnya eksudat fibrinosa. Kantong-kantong nanah (abses) terbentuk di antara perlekatan fibrinosa yang menempel menjadi satu dengan permukaan sekitarnya sehingga membatasi infeksi. Perlekatan biasanya menghilang bila infeksi menghilang, tetapi dapat menetap sebagai pita-pita fibrinosa yang kelak dapat mengakibatkan obstruksi usus. Bila bahan yang menginfeksi tersebar luas pada permukaan peritonium dapat menimbulkan peritonitis umum. Dengan perkembangan peritonitis umum, aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus parolitik, usus kemudian menjadi atoni dan meregang. Cairan dan elektrolit menghilang ke dalam lumen usus, mengakibatkan dehidrasi syok, gangguan sirkulasi dan oligouria, perlekatan dapat terbentuk antara lengkung-lengkung usus yang

meregang dan dapat mengganggu pulihnya pergerakan usus sehingga menyebabkan obstruksi usus. Gejala berbeda-beda tergantung luas peritonitis, beratnya peritonitis dan jenis organisme yang bertanggung jawab. Gejala utamanya adalah sakit perut (biasanya terus menerus), muntah dan abdomen yang tegang, kaku, nyeri dan tanpa bunyi, dan demam (Padila, 2012).

Peritonitis (peradangan dari peritonium) terjadi akibat apendikyang mengalami perforasi, secara cepat perlengketan terbentuk dalam usaha untuk membatasi infeksi dan membantu untuk menutup daerah peradangan, membentuk suatu abses. Ketika penyembuhan terjadi, perlengketan fibrosa dapat terbentuk dan mengakibatkan obstruksi usus. Reaksi-reaksi lokal dari peritonium meliputi kemerahan, edema, dan produksi cairan dalam jumlah besar berisi elektrolit dan protein. Jika infeksi tidak teratasi dapat terjadi hipovolemia, ketidakseimbangan elektolit, dehidrasi dan akhirnya syok. Peristaltik usus dapat terhenti dengan infeksi peritonium yang berat (Padila, 2012)

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada peritonitis menurut Haryono (2012) antara lain:

- 1) Tes laboratorium
 - a) Leukositosis
 - b) Hematokrit meningkat
 - c) Asidosis metabolik
- 2) X-Ray Foto polos abdomen 3 posisi (anterior, posterior, lateral), didapatkan:
 - a) Ileus merupakan penemuan yang tak khas pada peritonitis
 - b) Usus halus dan usus besar dilatasi
 - c) Udara bebas dalam rongga abdomen terlihat pada kasus perforasi

g. Penatalaksanaan

Pendekatan manajemen untuk peritonitis dan abses peritoneum menargetkan perbaikan proses yang mendasarinya, pemberian antibiotik sistemik, dan terapi suportif untuk mencegah atau membatasi komplikasi sekunder akibat kegagalan sistem organ. Keberhasilan pengobatan didefinisikan sebagai kontrol sumber yang memadai dengan resolusi sepsis dan pembersihan semua infeksi intra-abdominal residual. Kontrol awal dari sumber septik adalah dengan cara operatif dan nonoperatif.

1) Pembedahan

a) Laparatomi

Menurut (Sjamsuhidayat, 2010), laparatomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen. Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan obgyn . Laparatomi termasuk salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (pendarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi).

b) Tujuan laparatomi

Laparatomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan. Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen (Smeltzer, 2014).

c) Indikasi laparatomi

- 1) Adapun indikasi dilakukannya laparatomi diantaranya yaitu :
- 2) Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / rupture hepar
- 3) Peritonitis
- 4) Perdarahan saluran pencernaan (Internal Bleeding)

- 5) Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- 6) Masa pada abdomen

d) Jenis dan sayatan laparatomi

Ada empat jenis sayatan pada pembedahan laparatomi menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2012) yaitu:

- 1) Midline incision
- 2) Paramedian
- 3) Transverse upper abdomen
- 4) Ransverse lower abdomen incision

e) Komplikasi post lapatomi

Menurut (Sugeng Jitowiyono, 2010) komplikasi post laparatomi

- 1) Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis. Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulatif dini dan kaos kaki TED yang dipakai klien sebelum mencoba ambulatif
- 2) Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aurens, organisme, gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik
- 3) Bentuk integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi. Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka. Eviserasi luka merupakan keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu

pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah

f) Perawatan post laparatomi

Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Tujuan perawatan post laparatomi:

- 1) Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- 2) Mempercepat penyembuhan
- 3) Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi
- 4) Mempertahankan konsep diri pasien
- 5) Mempersiapkan pasien pulang

2) Intervensi non bedah

Intervensi nonoperatif termasuk drainase abses perkutan, serta penempatan stent perkutan dan endoskopi. Jika abses dapat diakses untuk drainase perkutan dan jika patologi organ visceral yang mendasarinya tidak jelas memerlukan intervensi operatif, drainase perkutan adalah pendekatan pengobatan awal yang aman dan efektif. Prinsip-prinsip umum dalam pengobatan infeksi, sebagai berikut:

- a) Kontrol sumber infeksi
- b) Menghilangkan bakteri dan racun
- c) Menjaga fungsi sistem organ
- d) Kontrol proses inflamasi Pengobatan peritonitis bersifat multidisiplin, dengan aplikasi komplementer intervensi medis, operatif, dan nonoperatif.

Dukungan medis meliputi:

- a) Terapi antibiotik sistemik
- b) Perawatan intensif dengan dukungan hemodinamik, paru, dan ginjal
- c) Dukungan nutrisi dan metabolisme
- d) Terapi modulasi respons inflamasi

3) Terapi Antibiotik

Terapi antibiotik digunakan untuk mencegah penyebaran infeksi lokal dan hematogen dan untuk mengurangi komplikasi yangterlambat. Beberapa rejimen antibiotik yang berbeda tersedia untuk pengobatan infeksi intra-abdominal. Terapi spektrum luas dan terapi kombinasi telah digunakan. Infeksi rongga perut membutuhkan perlindungan untuk bakteri gram positif dan gram negatif, serta untuk anaerob. Cakupan antipseudomonal direkomendasikan pada pasien yang telah menjalani perawatan sebelumnya dengan antibiotik atau yang menjalani rawat inap berkepanjangan.

Durasi optimal terapi antibiotik harus individual dan tergantung pada patologi yang mendasarinya, tingkat keparahan infeksi, kecepatan dan efektivitas pengendalian sumber, dan respons pasien terhadap terapi. Antibiotik dapat dihentikan begitu tanda-tanda klinis infeksi telah teratasi. Kekambuhan merupakan masalah dengan infeksi tertentu, seperti yang berasal dari *Candida* dan *Staphylococcus aureus*, dan pengobatan harus dilanjutkan selama 2-3 minggu.

4) Drainase non-operatif

Drainase mengacu pada evakuasi abses. Jika abses terlokalisasi pada tingkat kulit dan jaringan superfisial yang mendasarinya, pengangkatan jahitan sederhana atau pembukaan luka mungkin cukup. Teknik perkutan lebih disukai ketika abses dapat dikeringkan sepenuhnya, dan debridemen dan perbaikan struktur anatomi tidak diperlukan. Faktor-faktor yang dapat mencegah kontrol sumber yang berhasil dengan drainase perkutan meliputi peritonitis difus, kurangnya lokalisasi proses infeksi, beberapa abses, tidak dapat diaksesnya anatomi, atau kebutuhan untuk debridemen bedah (Daley, 2019).

D. Tinjauan Ilmiah Artikel

Tabel 2.1 Tinjauan Ilmiah Artikel

No	Judul Artikel : Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sample, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	Guided Imagery Menurunkan Nyeri Pasien Post Op Apendicitis. Program Studi Pendidikan Profesi Ners , Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan : Universitas Muhammadiyah Jakarta (Astrid dkk, 2019)	D : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan S : 3 Responden V : Guided Imagery I : Pengkajian A : -	Berdasarkan analisis tindakan keperawatan terhadap 3 pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, setelah dilakukan terapi nonfarmakologi guided imagery mengalami penurunan terapi selama 15 menit dengan frekuensi 3x
2	Penerapan Terapi Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Di RSUD RA Kartini Jepara. (Afiana Udkhiya, 2020)	D : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan S : 3 Responden V : Guided Imagery I : Pengkajian A : -	Berdasarkan analisis tindakan keperawatan terhadap 3 pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, setelah dilakukan terapi nonfarmakologi guided imagery mengalami penurunan tingkat nyeri dalam pemverian waktu 15-20 menit dengan frekuensi 3x/hari selama 3 hari setiap nyeri datang
3	Pengaruh Pemberian Terapi Guided Imagery terhadap Perubahan Nyeri Ibu Bersalin Post Sectio Caesarea di Rumah Sakit Bersalin Di Kota Padang. (Silfina Andriani, 2021)	D : Quasi Eksperimental S : 33 Responden V : Guided Imagery Dalam Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea I : Wawancara A : Uji T	Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata tingkat nyeri responden sesudah pemberian guided imagery pada kelompok intervensi didapatkan nilai rata-rata 3,70 dengan skala nyeri terendah 2 dan skala nyeri tertinggi 5 dan nilai standar devisiasi

1,08. Maka didapatkan selisih nilai rata-rata pretest-posttes pada kelompok intervensi 3,20. Secara garis besar terdapat perubahan nyeri pada responden sesudah pemberian guided imagery.
