

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Masalah Utama

1. Konsep Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan fenomena multidimensional sehingga sulit untuk didefinisikan. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik. *International Association For the Study of Pain (IASP)* memberikan definisi medis nyeri yang sudah diterima sebagai “pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, aktual ataupun potensial, atau digambarkan sebagai kerusakan yang sama (Joyce M. Black, 2014).

b. Fisiologis Nyeri

Terdapat empat proses fisiologis dari nyeri nosiseptif (saraf-saraf yang menghantarkan stimulus nyeri ke otak): transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi. Klien yang mengalami nyeri tidak dapat membedakan keempat proses tersebut. Bagaimanapun pemahaman terhadap masing-masing proses akan membantu kita dalam mengenali faktor-faktor yang menyebabkan nyeri. Gejala yang menyertai nyeri, dan rasional dari setiap tindakan yang diberikan. Transduksi adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktivitas listrik di reseptor nyeri. Transduksi dimulai di perifer, ketika stimulus terjadinya nyeri mengirimkan impuls yang melewati serabut saraf nyeri perifer yang terdapat pancaindra (nosiseptor) maka akan menimbulkan potensial aksi. Stimulus tersebut berupa suhu, kimia, atau mekanik (Potter & Perry, 2014).

Setelah proses transduksi selesai, transmisi impuls nyeri dimulai. Kerusakan sel dapat disebabkan oleh stimulus suhu, mekanik, atau kimiawi yang mengakibatkan pelepasan neurotransmitter eksitatori.

Serabut nyeri memasuki medulla spinalis melalui tulang belakang dan melewati beberapa rute hingga berakhir di dalam lapisan abu-abu medulla spinalis. Ketika stimulus nyeri sampai ke korteks serebral, maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi dari pengalaman yang telah lalu, pengetahuan, serta faktor budaya yang berhubungan dengan persepsi nyeri (Potter & Perry, 2014).

c. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Joyce M. Black (2014) pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi berbagai hal, diantaranya sebagai berikut :

1) Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri, merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena kita menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman individual kita masing masing, nyeri juga dirasakan berbeda pada tiap individu. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik. Baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat mempengaruhi pengalaman kita akan nyeri.

Walaupun beberapa ahli setuju mengenai spesifik dari faktor faktor ini dalam memengaruhi persepsi nyeri : kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan dan arti di balik situasi terjadinya cedera. Fungsi kognitif, seperti distraksi juga memberikan pengaruh pada tingkat kegawatan dan kualitas pengalaman nyeri. Persepsi nyeri dipengaruhi toleransi individu pada nyeri. Untuk memahami toleransi, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri

2) Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu lansia mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis

yang buruk. Nyeri juga berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol bagi orang dewasa.

Individu lansia mungkin menjadikan nyeri mereka sebagai arti yang berbeda. Nyeri dapat diartikan sebagai manifestasi alami penuaan. Hal ini dapat diinterpretasikan melalui dua cara. Pertama, individu lansia mungkin berfikir bahwa nyeri merupakan sesuatu yang harus dilalui sebagai bagian normal dari proses penuaan. Kedua hal itu mungkin dilihat sebagai bagian penuaan, sehingga nyeri menjadi sesuatu yang harus mereka sangkal karena jika mereka menerima nyeri, berarti mereka menerima kenyataan bahwa mereka bertambah tua.

3) Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap seorang laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

4) Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respon mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, individu mungkin dapat menginterpretasikan anti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Jika penyebabnya tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan) berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman nyeri tersebut diartikan negatif, maka nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan di situasi dengan hasil positif

5) Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami klien juga mungkin memengaruhi respons terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri.

Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengartian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

6) Pengalaman Sebelumnya Mengenai Nyeri

Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri memengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri dapat memiliki kesulitan dalam mengelola nyeri. Walaupun dampak dari pengalaman sebelumnya tidak dapat diprediksi. Individu yang mengalami peningkatan buruk sebelumnya mungkin menerima nyeri selanjutnya dengan lebih intens meskipun dengan kondisi medis yang sama sebaliknya, seseorang mungkin akan melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya.

d. Klasifikasi Nyeri

Menurut Hidayat (2020) klasifikasi nyeri berdasarkan lama atau waktu kejadian nyeri dibagi menjadi :

1) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai adanya peningkatan otot.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan.

e. Derajat Nyeri

Pengukuran derajat nyeri dilihat oleh faktor subjektif seperti faktor fisiologis, psikologis, dan lingkungan dan harus dilakukan dengan benar. Oleh karena itu, riwayat yang dilaporkan sendiri sangat penting untuk pasien yang sensitif dan konsisten. Situasi di mana penilaian diri pasien tidak dapat diperoleh, seperti tingkat kesadaran, gangguan

kognitif, pasien anak, gangguan komunikasi, kurangnya kerjasama atau kecemasan yang parah memerlukan cara lain (Mardana & Aryasa, 2017). Cara yang mudah adalah dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut:

- a) Nyeri ringan: nyeri yang keluar masuk terutama dalam kehidupan sehari-hari, dan hilang saat tidur.
- b) Nyeri sedang: nyeri yang terjadi terus-menerus dan intermiten yang hilang hanya pada saat pasien tidur.
- c) Nyeri hebat: nyeri berlangsung sepanjang hari, pasien sering tidak dapat tidur (Mardana & Aryasa, 2017).

f. Penatalaksanaan Nyeri

1) Farmakologi

Farmakologi atau dengan obat – obatan merupakan bentuk pengendalian yang sering digunakan. Obat – obat *analgesic* dapat digunakan, terdapat dua macam analgesic yaitu *anagesic* ringan seperti aspirin atau salsilat, paracetamol dan NSAID, sedangkan *analgesic* kuat yaitu antara lain morfin, petidin dan metadon (Valentine, 2023)

2) Non – Farmakologi

Penatalaksanaan non-farmakologi ada beberapa terapi yang dapat digunakan dalam menurunkan nyeri *post* operasi antara lain distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing, aromaterapi, music, *biofeedback*, stimulasi kutaneus yang terdiri dari masase, kompres dingin, dan kompres, *hypnosis* (Valentine, 2023)

g. Pengukuran Skala Nyeri

Menurut Potter & Perry (2014) 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. Menurut Kozier, Erb, Berman & Snyder (2020) dalam Oktarina, (2022), terdapat beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri yaitu :

a) *Skala Analog Visual (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 padarangkaian 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



Gambar 2.1 Skala Analog Visual (VAS)

Sumber : (Potter & Perry, 2014)

b) *Numeric 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.



Gambar 2.2 Numeric Rating Scale (NRS)

Sumber : (Kozier, Erb, Berman & Snyder,2020)

Keterangan:

0: Tidak nyeri

1-3: Nyeri ringan

Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6: Nyeri sedang

Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9: Nyeri berat

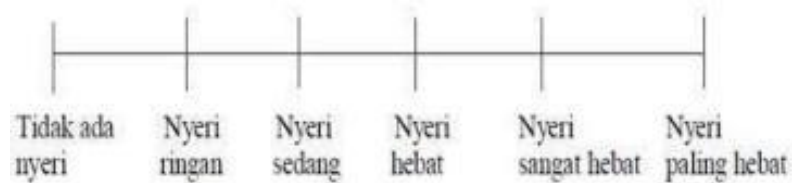
Secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi nafas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat.

Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

c) Skala 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 sehinggaskala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Gambar 2.3 Skala Verbal Rating Scale (VRS)

Sumber : (Potter & Perry, 2014)

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 Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Sumber : (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2020)

h. Karakteristik Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), penelitian yang dilakukan untuk mengkarakterisasi nyeri dapat menggunakan pendekatan analisis gejala untuk membantu pasien mengungkapkan masalah dan ketidaknyamanannya secara penuh. Komponen analisis gejala meliputi (PQRST):

P (*Paliatif/Profocatif*=penyebab masalah),

Q (*Quantity*= Kualitas dan kuantitas nyeri),

R (*Region*=Lokasi nyeri),

S (*Severity*=keparahan),

T (*Time*=jam)

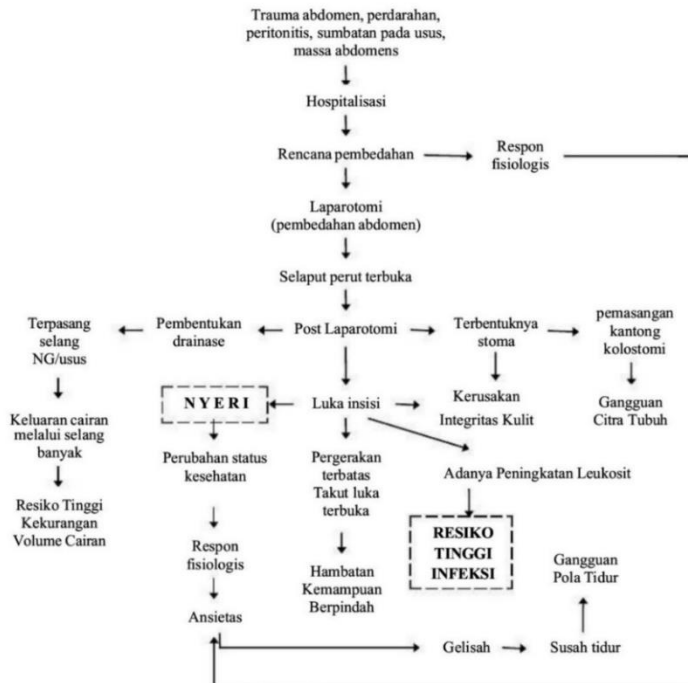
2. Konsep Laparatomi

a. Pengertian Laparatomi

Laparotomi adalah pembedahan yang dilakukan pada usus akibat terjadinya perlekatan usus dan biasanya terjadi pada usus halus (El-Hady, 2020). Laparotomi adalah prosedur medis yang melibatkan pembedahan pada perut guna melihat organ-organ pencernaan didalamnya (Karyati, 2020).

Laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi) (Krismanto & Jenie, 2021). Laparatomi adalah salah satu metode pembedahan mayor di bagian abdomen yang menyebabkan masalah nyeri (Setyanisa, Wirotomo, & Rofiqoh, 2021). Laparatomi merupakan salah satu pembedahan dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding perut untuk mengetahui organ yang mengalami masalah (Indriyani & Faradisi, 2022).

b. Pathway Post Op Laparotomi



Gambar 2.5 Pathway Post Op Laparotomi

c. Tujuan laparotomi

Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparotomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, S.C. & Bare, 2013).

d. Indikasi Laparotomi

Menurut Sjamsuhidajat & J. Win, (2010) indikasi dilakukannya laparotomi adalah:

1) Trauma abdomen (tumpul atau tajam)

Trauma abdomen diartikan sebagai kerusakan dalam struktur yang terletak di antara diafragma dan pelvis yang disebabkan oleh luka tumpul atau yang menusuk. Trauma abdomen diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang diakibatkan oleh luka tusuk dan luka tembak

b) Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi ke dalam rongga peritoneum) yang disebabkan oleh beberapa hal seperti pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (*sit-belt*)

2) Peritonitis.

Peritonitis merupakan inflamasi peritoneum lapisan membran serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier.

a) Peritonitis primer dapat diakibatkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis.

b) Peritonitis sekunder disebabkan oleh perforasi apendisitis, perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale, perforasi kolon (paling sering kolon sigmoid).

c) Sementara proses pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier.

3) Apendisitis mengacu pada radang apendiks

Suatu tambahan seperti kantong yang tidak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari apendisitis adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran darah lalu mengikis mukosa mengakibatkan inflamasi

a) Tumor abdomen

b) Pankreatitis (*inflammation of the pancreas*)

c) Abses (*a localized area of infection*)

d) Adhesi (*bands of scar tissue that form after trauma or surgery*)

e) Divertikulitis (*inflammation of sac-like structures in the walls of the intestines*)

f) Perforasi intestinal

g) Kehamilan Ektopik (*pregnancy occurring outside of the uterus*)

h) Menelan Benda Asing (*e.g. a bullet in a gunshot victim*)

i) Perdarahan

(Sjamsurihidayat , 2020)

4) Sumbatan pada usus halus dan usus besar.

Obstruksi usus bisa diartikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangan lambat. Sebagian dasar dari obstruksi justru mengenai usus halus. Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa pelengketan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup kedalam bagian lain yang ada di bawahnya akibat penyempitan lumen usus), volvulus (usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri dengan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protrusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding otot abdomen) dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan dinding usus) (Purwandari, 2013).

5) Perdarahan saluran pencernaan

6) Massa pada abdomen

7) Perdarahan saluran pencernaan

Saluran pencernaan terbagi menjadi dua, yaitu saluran pencernaan atas dan saluran pencernaan bawah. Saluran pencernaan atas meliputi kerongkongan (esofagus), lambung, dan usus dua belas jari (duodenum). Sedangkan saluran pencernaan bawah terdiri dari usus halus, usus besar, dan dubur. Penyebab perdarahan saluran pencernaan sangat beragam, tergantung pada area terjadinya perdarahan. Penyebab perdarahan saluran pencernaan sangat

beragam, tergantung pada area terjadinya perdarahan. Pada perdarahan saluran pencernaan atas, penyebabnya meliputi:

a) Tukak lambung

Tukak lambung adalah luka yang terbentuk di dinding lambung. Tukak lambung merupakan kondisi yang paling sering menyebabkan perdarahan pada saluran pencernaan atas. Luka juga dapat terbentuk di dinding usus 12 jari yang disebut ulkus duodenum.

b) Pecah varises esophagus

Varises esofagus adalah pembesaran pembuluh darah vena pada area esofagus atau kerongkongan. Kondisi ini paling sering terjadi pada penderita penyakit liver yang berat. c.

c) Sindrom Mallory-Weiss

Sindrom Mallory-Weiss adalah kondisi yang ditandai dengan robekan pada jaringan di area kerongkongan yang berbatasan dengan lambung. Sindrom Mallory-Weiss biasanya dialami oleh penderita kecanduan alkohol.

d) Esofagitis

Esofagitis adalah peradangan pada esofagus atau kerongkongan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh gastroesophageal reflux (GERD) atau penyakit refluks asam lambung.

e) Gastritis

Gastritis adalah peradangan pada dinding lambung. Gastritis dapat disebabkan oleh penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), infeksi, penyakit Crohn, dan cedera berat.

8) Tumor Tumor jinak atau tumor ganas yang tumbuh di kerongkongan atau lambung bisa menyebabkan perdarahan. Sedangkan perdarahan saluran pencernaan bawah dapat disebabkan oleh sejumlah kondisi berikut:

a) Radang Usus

Radang usus adalah salah satu penyebab perdarahan saluran pencernaan bawah yang paling sering. Kondisi yang termasuk radang usus adalah penyakit Crohn dan kolitis ulseratif.

b) Divertikulitis

Divertikulitis adalah infeksi atau peradangan pada divertikula, yaitu kantong-kantong kecil yang terbentuk di saluran pencernaan. c.

c) Wasir (Hemoroid)

Wasir adalah pembengkakan pembuluh darah di dubur. d. Fisura ani Fisura ani adalah luka atau robekan di dinding anus, yang biasanya disebabkan oleh tinja yang keras.

d) Proktitis

Proktitis adalah peradangan di dinding rektum, yang dapat menyebabkan perdarahan pada rektum.

e) Polip usus

Polip usus adalah benjolan kecil yang tumbuh di usus besar dan menyebabkan perdarahan. Pada beberapa kasus, polip usus yang tidak ditangani berkembang menjadi kanker.

f) Tumor

Tumor jinak atau tumor ganas yang tumbuh di usus besar dan rektum dapat menyebabkan perdarahan.

e. Jenis-jenis laparatomi

Ada 4 cara insisi pembedahan yang dilakukan, antara lain (Yenichrist, 2020):

- 1) *Midline incision*, metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat di buka dan di tutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insis ini adalah terjadinya hernia cikatrialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan

lien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, rektosigmoid, dan organ dalam pelvis.

- 2) Paramedian, sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bagian bawah, serta plenektomi. Paramedian insision memiliki keuntungan antara lain : merupakan bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah atas dan bawah (Yenichrist, 2020).
- 3) *Transverse upper abdomen incision* yaitu : insisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.
- 4) *Transverse lower abdomen incision* yaitu: insisi melintang di bagian bawah ± 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya: pada operasi appendektomi.

f. Konsep nyeri laparatomi

Penyayatan pada abdomen akan mengaktifkan reseptor nyeri (nosiseptor) melalui sistem saraf asenden yang kemudian akan merangsang hipotalamus dan korteks selebri dan mengeluarkan zat kimia berupa histamin, bradikimin, serta prostaglandin yang akan memparah rasa nyeri. Rasa nyeri juga akan menyebabkan keterbatasan gerak pada anggota tubuh dan dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Terputusnya inkotinitas jaringan akan menyebabkan terbukanya invasi sehingga mikroorganisme virus, bakteri dan parasit mudah masuk ke dalam tubuh dan terjadi resiko infeksi (Ramadhania, 2022).

Nyeri pada laparatomi sering ditemukan dalam tingkat nyeri berat dan sedang karena rusaknya integument, serta jaringan otot yang menimbulkan efek nyeri yang lebih lama pada masa pemulihan. Laparatomi didefinisikan sebagai suatu tindakan operatif yang dapat menimbulkan suatu keadaan nyeri berat pasca bedah (Coccolini et al, 2022; dalam Bintari, 2022).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah langkah awal dari semua proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi pasien di rumah sakit. Data yang didapatkan yaitu data subjektif (data yang didapatkan melalui wawancara perawat kepada pasien) dan data objektif (data yang ditemukan melalui proses observasi dan pemeriksaan langsung perawat kepada pasien). Pengkajian pasien dengan post apendektomi dilakukan dengan cara mengumpulkan data sebagai berikut:

a. Riwayat penyakit

- 1) Identitas pasien, meliputi: nama pasien, tanggal lahir, umur, agama, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, nomor rekam medis.
- 2) Keluhan utama, meliputi: Nyeri pada luka post op apendektomi
- 3) Riwayat penyakit sekarang: menceritakan sejak kapan nyeri terjadi.
- 4) Riwayat kesehatan lalu: adanya riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakit yang di derita sekarang seperti merasakan nyeri pada abdomen.
- 5) Riwayat kesehatan keluarga: riwayat kesehatan keluarga bisa dilihat pada genogram keluarga, apakah ada salah satu anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Aktivitas dan istirahat: sulit/nyeri saat bergerak, nyeri
- 2) Nutrisi: meliputi kebiasaan makan makanan rendah serat dapat memicu terjadinya konstipasi yang akan menjadi salah satu penyebab dari timbulnya apendisitis.
- 3) Nyeri: nyeri abdomen sekitar luka insisi
- 4) Eliminasi: mengalami konstipasi, tanda-tanda diare, distensi abdomen, nyeri tekan/lepas, penurunan bising usus.
- 5) Pengkajian nyeri menggunakan format pengkajian *Numeric*

Rating Scale (NRS).

c. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap: leukosit mencapai 10.000-20.000/ml
- 2) C-Reaktif Protein mengalami peningkatan yang menyebabkan inflamasi
- 3) USG untuk melihat adanya inflamasi pada apendisitis

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa yang mungkin muncul dari standar diagnosis keperawatan indonesia (2017) dengan masalah post apendiktomi adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (misal.abses, amputasi, prosedur operasi) (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan mobilitas fisik (D.0054)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang akan dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai outcome yang diinginkan, seperti level praktik, kategori, usaha kesehatan, berbagai jenis pasien dan jenis intervensi (Tim Pokja SIKI, 2018). Intervensi yang sesuai dengan diagnosa diatas adalah:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
Nyeri Akut (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan tingkat nyeri menurun Dengan kriteris hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif 	<p>Intervensi Utama Manajemen nyeri (L08238) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang

	<p>menurun</p> <p>4) Gelisah menurun</p> <p>5) Kesulitan tidur menurun</p> <p>6) Frekuensi nadi membaik</p>	<p>memperberat dan memperingan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor efek samping penggunaan analgetic <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hypnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu. <p>Intervensi Pendukung Aromaterapi</p>
--	---	---

		<p>(1.08233) Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pilihan aroma yang disukai dan tidak disukai - Identifikasi tingkat nyeri, stress, kecemasan dan alam perasaan sebelum dan sesudah aromaterapi - Monitor ketidaknyaman sebelum dan setelah pemberian (misal. Mual, pusing) - Monitor masalah yang terjadi saat pemberian aromaterapi (misal. Dermatitis kontak, asthma) - Monitor tanda – tanda vital sebelum dan sesudah aromaterapi <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilih minyak essensial yang tepat sesuai dengan indikasi - Lakukan uji kepekaan kulit dengan uji tempel (<i>patch test</i>) dengan larutan 2% pada daerah lipatan lengan atau lipatan belakang leher - Berikan minyak essensial dengan metode yang tepat (mis. Inhalasi, pijatan mandi uap, atau kompres) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara menyimpan minyak essensial dengan tepat - Anjurkan menggunakan minyak essensial secara bervariasi - Anjurkan menghindari kemasan minyak essensial dari jangkauan anak – anak <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasikan jenis dan dosis minyak essensial yang tepat dan aman
<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>	<p>Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah diberikan</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173) Observasi :</p>

	<p>asuhan keperawatan maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meingkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. Pagar tempat tidur) - fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - anjurkan melakukan mobilisasi dini - ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
<p>Risiko Infeksi (D.0142)</p>	<p>Tingkat Infeksi (L. 14137)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri menurun 2) Kemerahan menurun 3) Bengkak menurun 4) Demam menurun 5) Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan Infeksi (1.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistem <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--

Sumber: SIKI (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Implementasi yang akan dilakukan pada penulisan ini diadopsi berdasarkan pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan jurnal penulisan oleh lestari pada tahun 2018 mengenai pemberian guided imagery untuk menurunkan tingkat nyeri.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan adalah kegiatan yang terus-menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Hasil yang ingin diharapkan sebagai evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.2 Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (misal.abses, amputasi, prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi membaik 2. Pola nafas membaik 3. Keluhan nyeri menurun 4. meringis menurun 5. gelisah menurun 6. kesulitan tidur menurun

2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan mobilitas fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat 2. Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat
3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik

Sumber: SLKI (2018)

C. Konsep Evidence Based Practice (EBP)

1. Konsep Aromaterapi Lemon

Aromaterapi merupakan salah satu terapi non farmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri. Aromaterapi digunakan sebagai terapi komplementer dalam praktik keperawatan dengan menggunakan minyak esensial dari tanaman wangi untuk meringankan masalah kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup secara umum. Ketika Aromaterapi terhirup. Sel-sel reseptor penciuman dirangsang dan impuls ditransmisikan ke pusat otak, atau sistem limbik. Aromaterapi dapat memberikan efek santai, dan menenangkan selain itu juga meningkatkan sirkulasi darah. Aromaterapi merupakan terapi yang murah dan aman (Maharani dkk, 2016). Kandungan utama aromaterapi lemon adalah limeone yang dapat menghambat sistem kerja hormon prostaglandin sehingga dapat mengurangi nyeri. Selain itu limeone akan mengontrol siklogienase I dan II, mencegah aktivitas prostaglandin dan mengurangi rasa sakit, dengan menghirup aromaterapi lemon, maka akan meningkatkan gelombang-gelombang alfa didalam otak dan gelombang inilah yang membantu untuk merasa rileks (Rambi, Bajak and Tumbale, 2019).

2. Pengaruh Aromaterapi Lemon

Menurut Potter & Perry (2010) Pemberian aromaterapi menurut teori gate control adalah prinsip dasar dalam penurunan skala nyeri. Teori gate control menjelaskan tentang mekanisme impuls dan mekanisme

pertahanan pada saraf pusat. Dikarenakan sistem yang mempertahankan homeostatis dalam tubuh terletak secara fisiologis pada saraf otonom. Pemberian aromaterapi lemon dapat mempengaruhi sirkulasi darah yang menyuplai nutrisi menuju jaringan luka menjadi optimal dan proses penyembuhan luka akan menjadi lebih cepat. Menurut Wong (2010), aromaterapi lemon merupakan jenis aromaterapi yang digunakan dalam mengurangi rasa nyeri dan cemas. Kandungan zat linanool yang terdapat dalam lemon bermanfaat untuk menstabilkan sistem saraf yang dapat menimbulkan efek tenang. Menghirup minyak aromaterapi lemon secara langsung dengan hidung dapat memberikan efek lebih cepat dikarenakan molekul minyak esensial mudah menguap pada hipotalamus yang kemudian diolah dan dikonversikan tubuh menjadi suatu aksi dengan pelepasan substansi neurokimia seperti zat endorphen dan serotonin. Mempengaruhi organ penciuman dan dipersepsikan oleh otak untuk memberikan reaksi yang dapat mengubah fisiologi tubuh, psikologi, dan dapat memberikan efek yang menenangkan.

3. Mekanisme Kerja Aromaterapi

Mekanisme kerja aromaterapi yaitu dengan melalui system penciuman dan system sirkulasi tubuh, organ penciuman merupakan indra perasa berhubungan langsung dengan lingkungan luar dan menyalurkan langsung ke otak. Bau yang tercium masuk ke rongga hidung akan terjemahkan oleh otak sebagai proses penciuman oleh system limbik sinyal bau dihantarkan oleh hipotalamus, amigdala dan hipokampus. Selanjutnya system endokrin dan system saraf otonom akan diaktifkan hipotalamus dan kemudian sinyal akan dihantarkan ke amigdala yang akan mempengaruhi suasana hati, perilaku, emosi dan senang sebagai relaksasi secara psikologis.

Bau – bauan akan diingat oleh hipotalamus sebagai sesuatu yang menyenangkan ataupun tidak menyenangkan tergantung dengan pengalaman sebelumnya terhadap bau – bauan tersebut (Corwin, 2008). Respon relaksasi menenangkan (*calming*), menyeimbangkan (*balancing*), dan efek stimulasi (*stimulating*) adalah hasil modulasi dari system saraf

pusat maupun system saraf tepi yang merupakan efek aromaterapi secara psikologis (Cooke at al.,2014).

4. Teknik Pemberian Aromaterapi Lemon

Teknik pemberian aromaterapi lemon untuk mengurangi nyeri berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI)

Aromaterapi (1.08233)

Observasi :

- Identifikasi pilihan aroma yang disukai dan tidak disukai
- Identifikasi tingkat nyeri, stress, kecemasan dan alam perasaan sebelum dan sesudah aromaterapi
- Monitor ketidaknyaman sebelum dan setelah pemberian (mis. Mual, pusing)
- Monitor masalah yang terjadi saat pemberian aromaterapi (mis. Dermatitis kontak, asthma)
- Monitor tanda – tanda vital sebelum dan sesudah aromaterapi

Teraupetik

- Pilih minyak essensial yang tepat sesuai dengan indikasi
- Lakukan uji kepekaan kulit dengan uji tempel (*patch test*) dengan larutan 2% pada daerah lipatan lengan atau lipatan belakang leher
- Berikan minyak essensial dengan metode yang tepat (misal. Inhalasi, pemijatan mandi uap, atau kompres)

Edukasi

- Ajarkan cara menyimpan minyak essensial dengan tepat
- Anjurkan menggunakan minyak essensial secara bervariasi
- Anjurkan menghindari kemasan minyak essensial dari jangkauan anak – anak

Kolaborasi

- Konsultasikan jenis dan dosis minyak essensial yang tepat dan aman

Teknik pemberian aromaterapi lemon untuk mengurangi nyeri menurut (Rambi, Bajak and Tumbale, 2019) ialah:

- Cara pemberian Teteskan 2-3 tetes minyak esensial lemon pada sebuah kapas masing-masing dan dihirup selama selama kurang lebih 2-5 menit dilakukan 1 hari sekali.
- Aturan pemberian Setelah dihirup selama selama kurang lebih 2-5 menit masih merasa nyeri ulangi kembali +5 menit kemudian dan jika pasien ada merasa nyeri diwaktu yag tidak terduga ajarkan pasien untuk melakukan kembali pada sore hari.

D. Jurnal Terkait

Tabel 2.3 Jurnal Terkait

No	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisi)	Hasil Penelitian
1.	Penerapan Aromaterapi Lemon Pada Nyeri Akut Post Pembedahan Laparatomi (Trima Darita Mulyani, Dwi Retnaningsih, 2021)	D : deskriptif S : 2 pasien V : Aromaterapi Lemon I : Numeric Rating Scale A : -	Intervensi pemberian aromaterapi lemon telah mengakibatkan perubahan dalam tingkat nyeri pasien sebelum dan setelah intervensi.
2.	Penerapan Aromaterapi Lemon Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di Ruang HCU RSUD Karawang (Grace Evelyn, Dina Hartini, 2023)	D : <i>Quasy Eksperimen</i> S : 40 pasien V : Aromaterapi Lemon I : Numeric Rating Scale A : <i>Paired t-test</i>	Hasil studi terdapat pengaruh terapi aromaterapi lemon terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post op laparatomi. Hasil menunjukkan bahwa Aromaterapi lemon bisa menurunkan Intensitas Nyeri pada pasien Post Op Laparatomi
3.	Pengaruh Aromaterapi Lemon Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Laparatomi (Sri Enawati, Della Khoirunnisa Aulia, Yuli Widyastuti, Sri Handayani, Dwi Yuningsih, 2022)	D : <i>Quasy Eksperimen</i> S : 10 pasien V : Aromaterapi Lemon I : Numeric Rating Scale A : -	Hasil kesimpulan terdapat pengaruh aromaterapi lemon terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi laparatomi. skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi lemon

4.	Penurunan Skala Nyeri Akut Post Keparatomi Menggunakan Aromaterapi Lemon (Ratna Nur Utami Khaoiriyah, 2022)	D : Pendekatan Asuhan Keperawatan S : 2 pasien V : Aromaterapi Lemon I : Numeric Rating Scale A : -	Hasil penelitian Pemberian aromaterapi lemon dapat menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi laparatomi.
5.	Pengaruh Aromaterapi Lemon Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Laparatomi (Rohima Setyanisa, Tri Sakti Wirotomo, Siti Rofiqoh, 2021)	D : <i>literature review</i> S : V : Aromaterapi Lemon I : Numeric Rating Scale A : -	Hasil kesimpulan aromaterapi lemon efektif untuk menurunkan nyeri pasien post operasi laparatomi.