

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Masalah Utama

1. Konsep Dasar Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Pristahayuningtyas, 2021).

Menurut Andarmoyo (2021) nyeri adalah ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu atau akibat cedera. Sedangkan menurut Kozier & Erb (2021) mengatakan bahwa nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain.

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

b. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri fisik dan nyeri psikis. Nyeri secara fisik timbul karena adanya trauma (baik trauma mekanik, kimiawi, maupun elektrik) hal ini dapat menimbulkan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri, serabut saraf ini terletak pada lapisan kulit sehingga menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Sedangkan nyeri psikologis merupakan nyeri yang dirasakan timbul akibat persepsi pasien atau trauma psikologis yang

dialami pasien sehingga dapat mempengaruhi fisik (Kozier & Erb, 2021).

c. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi Nyeri menurut Potter & Perry (2015) dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu, nyeri Akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas bervariasi atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang sedangkan nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang periode waktu dan berlangsung lebih dari enam bulan.

d. Tanda dan Gejala

Tabel 2.1
Tanda dan Gejala Nyeri

Mayor	Minor
Subjektif 1. Mengeluh nyeri	(tidak tersedia)
Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis

e. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Andina dan Yuni (2017) antara lain :

a. Usia

Usia dalam kamus besar Bahasa Indonesia adalah waktu hidup atau ada sejak dilahirkan. Menurut Retnopurwandri (2018) semakin bertambah usia semakin bertambah pula pemahaman terhadap suatu

masalah yang diakibatkan oleh tindakan atau memiliki usaha untuk mengatasinya. Umur yang semakin tua lebih siap melakukan dengan menerima dampak, efek dan komplikasi nyeri (Adha,2017). Adapun kelompok usia yang digunakan dalam pengelompokan menurut (Depkes,2009) sebagai berikut:

- 1) Masa balita (0-5 tahun)
- 2) Masa anak-anak (5-11 tahun)
- 3) Masa remaja awal (12-16 tahun)
- 4) Masa remaja akhir (17-25 tahun)
- 5) Masa dewasa awal (26-35 tahun)
- 6) Masa dewasa akhir (36-45 tahun)
- 7) Masa lansia awal (46-55 tahun)
- 8) Masa lansia akhir (56-65 tahun)

b. Pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi individu mengatasi nyeri. Tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih beradaptasi dengan respon nyeri dikarenakan tingkat pengetahuan yang lebih (Andina dan Yuni,2017).

b. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (guided imaginary) dan mesase, dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, misalnya pengalihan pada distraksi (Zakiyah,2017).

c. *Ansietas*

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri. Namun nyeri juga dapat menimbulkan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian system limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang khususnya *ansietas* (Zakiyah,2017).

d. Kelemahan

Kelemahan atau keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping (Zakiyah,2017).

e. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak berarti bahwa individu akan menerima nyeri lebih mudah pada masa yang akan. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh maka ansietas atau rasa takut dapat muncul, dan juga sebaliknya. Akibatnya klien akan lebih siap untuk melakukan tindakantindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Zakiyah,2017).

f. Gaya Koping

Gaya koping Gaya koping mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri. Sumber koping individu diantaranya komunikasi dengan keluarga, atau melakukan latihan atau menyanyi (Zakiyah,2017).

g. Dukungan keluarga dan Sosial

Kehadiran dan sikap orang-orang terdekat sangat berpengaruh untuk dapat memberikan dukungan, bantuan, perlindungan, dan meminimalkan ketakutan akibat nyeri yang dirasakan (Zakiyah,2017).

h. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan persepsi individu menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman masing-masing.

Nyeri yang dirasakan tiap individu berbeda-beda. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh toleransi individu terhadap nyeri (Zakiyah,2017).

f. Pengukuran Skala Nyeri

Hampir seluruh praktisi mengklasifikasikan intensitas nyeri dengan menggunakan skala standar dari skala 0 (tidak ada nyeri) sampai 10 (nyeri sangat) berat). Menghubungkan nilai untuk skor kesehatan dan fungsi, nyeri pada rentang 1-3 dianggap nyeri ringan, skor 4-6 adalah nyeri sedang, dan nyeri 7-10 dianggap nyeri berat dan berhubungan dengan hasil yang terburuk (Berman, et, al., 2016).

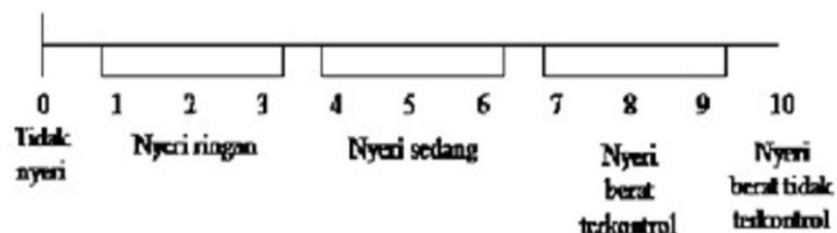
Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui derajat nyeri antara lain :

1) *Numerical Rating Scale (NRS)*/Skala Numerik angka

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0-10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 sedang, 7-9 nyeri berat, 10 nyeri berat yang tidak tertahankan. Numerical Rating Scale (NRS) digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (Mubarak et al, 2015).

Gambar 2.1

Skala Nyeri Numerik



Sumber : (Wardani, 2022)

2) *Visual Analog Scale*

Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi Tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi.

Gambar 2.2
Visual Analog Scale



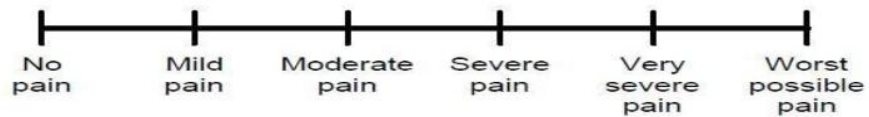
Sumber : (Wardani, 2022)

3) *Verbal Rating Scale (VRS)*

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

hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

Gambar 2.3
Verbal Rating Scale



Sumber : (Wardani, 2022)

4) Wong Baker Pain Rating Scale

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

Gambar 2.4
Wong Baker Pain Rating Scale



Sumber : (Wardani, 2022)

g. Penatalaksanaan Nyeri Akut

Efek samping yang terjadi setelah menjalani operasi merupakan reaksi nyeri yang dirasakan pasien, seringkali menyebabkan pasien kesakitan. Penanganan yang biasa digunakan untuk menghilangkan rasa sakit setelah operasi laparatomi yaitu dengan perawatan farmakologis dan non-farmakologis.

1) Terapi farmakologis

Salah satu terapi manajemen nyeri dengan farmakologis menggunakan obat-obat analgetik narkotik dan non narkotik baik secara intravena maupun intramuskuler (Latifah, 2014). Penatalaksanaan farmakologis nyeri menggunakan analgesik dibagi menjadi tiga kategori, yaitu: (1) non-opioid, termasuk asetaminofen dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID); (2) opioid (umumnya dikenal sebagai narkotika); dan (3) suplemen/koanalgesik (adjuvant).

2) Terapi nonfarmakologis

Perawatan non-farmakologis saat ini menjadi tren baru dan metode alternatif untuk menghilangkan rasa sakit pada ibu yang pulih dari operasi caesar (Kozier dan Snyder 2020). Menurut Potter dan Perry (2010), perawatan nonfarmakologis adalah relaksasi pernapasan dalam dan imajinasi terbimbing, distraksi dan stimulasi kulit. Stimulasi kulit adalah stimulasi kulit yang membantu meredakan nyeri, ketegangan otot dapat meningkatkan persepsi nyeri. Seperti pijat/pijat, mandi air panas dan aplikasi es. Memberikan perasaan hangat lebih efektif untuk beberapa klien. Salah satu metode stimulasi kulit adalah dengan merendam kaki atau merendamnya dalam air hangat.

2. Konsep Dasar Laparatomi

a. Pengertian Laparatomi

Laparatomy (Laparatomi) adalah proses bedah dengan cara membuat sayatan di dinding perut. Laparatomi ini dilakukan untuk menyelidiki dan mencari tahu masalah atau penyakit yang ada dalam organ perut seperti empedu, pancreas, limpa maupun gangguan pada organ hati (Metasari, 2020). Laparatomi adalah prosedur medis yang melibatkan

pembedahan pada perut guna melihat organ-organ pencernaan didalamnya (Karyati, 2020).

b. Tujuan Laparatomi

Tujuan Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparatomy eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, 2021).

c. Indikasi Laparatomi

a) Trauma Abdomen

Trauma abdomen (tumpul atau tajam) Trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau yang menusuk (Ignativicus, 2020). Dibedakan atas 2 jenis yaitu :

- a) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritonium) yang disebabkan oleh : luka tusuk, luka tembak.
- b) Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang dapat disebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (sit-belt).

b) Peritonitis

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membrane serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier. Peritonitis primer dapat disebabkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis. Peritonitis sekunder disebabkan oleh perforasi appendicitis, perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale, perforasi kolon (paling sering kolon sigmoid), sementara proses pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier (Ignativicus, 2020).

c) 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) 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 anti inflamasi nonsteroid (OAINS), infeksi, penyakit Crohn, dan cedera berat.

f) 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:

(1) 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.

(2) Divertikulitis

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

(3) Wasir (Hemoroid)

Wasir adalah pembengkakan pembuluh darah di dubur.

(4) Fisura ani

Fisura ani adalah luka atau robekan di dinding anus, yang biasanya disebabkan oleh tinja yang keras.

(5) Proktitis Proktitis adalah peradangan di dinding rektum, yang dapat menyebabkan perdarahan pada rectum.

(6) 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.

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

4) Sumbatan Pada Usus Besar

Obstruksi usus dapat didefinisikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangannya 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 perlengketan (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 dibawahnya 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 dan otot abdomen), dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus) (Ignatovicus, 2020).

5) *Appendicitis* mengacu pada radang appendiks

Suatu tambahan seperti kantong yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari *appendicitis* adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran darah dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi.

- a) Tumor abdomen
- b) Pankraetitis (inflamasi pada pankreas)
- c) Abses (area infeksi)

- d) Adhesi (jaringan perut yang terbentuk setelah trauma atau pembedahan)
- e) Divertikulitis (radang struktur mirip kantung di dinding usus)
- f) Pendarahan dalam (Sjamsurihidayat , 2020)

d. **Patofisiologi Laparatomi**

Trauma adalah luka atau cedera fisik lainnya atau cedera fisiologis akibat gangguan emosional yang hebat (Brooker, 2020). Trauma abdomen adalah cedera pada abdomen dapat berupa trauma tumpul dan tembus serta trauma yang disengaja atau tidak disengaja (Smeltzer,2018).

Trauma abdomen merupakan luka pada isi rongga perut dapat terjadi dengan atau tanpa tembusnya dinding perut dimana pada penanganan/penatalaksanaan lebih bersifat kedaruratan dapat pula dilakukan tindakan laparotomi. Prosedur pembedahan laparotomi yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen dapat mengakibatkan hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ dan respon stress dari saraf simpatis akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit, syok dan perdarahan, kerusakan pertukaran gas, risiko tinggi terhadap infeksi, nyeri akut (Muttaqin, 2019).

3. **Konsep Dasar *Ca Colon***

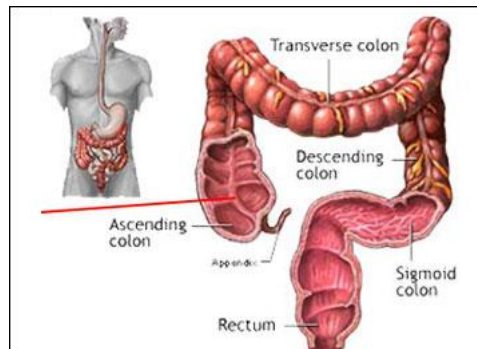
a. **Definisi**

Ca Colon atau kanker usus merupakan kanker yang menyerang bagian usus besar, yakni bagian akhir dari sistem pencernaan. Sebagian besar kasus kanker kolorektal dimulai dari sebuah benjolan/polip kecil, dan kemudian membesar menjadi tumor (Yayasan Kanker Indonesia, 2018).

Kanker usus adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2018).

b. Anatomi Fisiologi

Usus besar memanjang dari ujung akhir dari ileum sampai anus. Panjangnya bervariasi sekitar 1.5 m. Ukuran Usus besar berbentuk tabung muskular berongga dengan panjang sekitar 1.5 m (5 kaki) yang terbentang dari saekum hingga kanalis ani. Diameter usus besar sudah pasti lebih besar daripada usus kecil, yaitu sekitar 6.5 cm (2.5 inci). Makin dekat anus diameternya akan semakin kecil. Usus besar terdiri dari bagian yaitu caecum, kolon asenden, kolon transversum, kolon desenden, kolon sigmoid dan rektum.



Gambar 2.1 Anatomi fisiologi

Struktur usus besar :

1) Caecum

Merupakan kantong yang terletak di bawah muara ileum pada usus besar. Panjang dan lebarnya kurang lebih 6 cm dan 7,5 cm. Saekum terletak pada fossa iliaka kanan di atas setengah bagian *lateralis ligamentum inguinale*. Biasanya saekum seluruhnya dibungkus oleh *peritoneum* sehingga dapat bergerak bebas, tetapi tidak mempunyai *mesenterium*. Terdapat perlekatan ke fossa iliaka di sebelah medial dan lateral melalui lipatan peritoneum yaitu *plika caecalis*,

menghasilkan suatu kantong peritoneum kecil, *recessus retrocaecalis*.

2) Kolon asenden

Bagian ini memanjang dari saekum ke fossa iliaka kanan sampai ke sebelah kanan *abdomen*. Panjangnya 13 cm, terletak di bawah *abdomen* sebelah kanan dan di hati membelok ke kiri. Lengkungan ini disebut fleksura hepatica (*fleksura coli dextra*) dan dilanjutkan dengan kolon transversum.

3) Kolon transversum

Merupakan bagian usus besar yang paling besar dan paling dapat bergerak bebas karena tergantung pada mesokolon, yang ikut membentuk *omentum majus*. Panjangnya antara 45-50 cm, berjalan menyilang *abdomen* dari *fleksura coli dekstra sinistra* yang letaknya lebih tinggi dan lebih ke lateralis. Letaknya tidak tepat melintang (*transversal*) tetapi sedikit melengkung ke bawah sehingga terletak di regio umbilikus.

4) Kolon desenden

Panjangnya lebih kurang 25 cm, terletak di bawah *abdomen* bagian kiri, dari atas ke bawah, dari depan *fleksura lienalis* sampai di depan ileum kiri, bersambung dengan sigmoid, dan dibelakang peritoneum.

5) Kolon sigmoid

Sering disebut juga kolon pelvinum. Panjangnya kurang lebih 40 cm dan berbentuk lengkungan huruf S. Terbentang mulai dari apertura pelvis superior (pelvic brim) sampai peralihan menjadi rektum di depan vertebra S-3. Tempat peralihan ini ditandai dengan berakhirnya ketiga *teniae coli* dan terletak + 15 cm di atas anus.

6) Rektum

Bagian ini merupakan lanjutan dari usus besar, yaitu kolon sigmoid dengan panjang sekitar 15 cm. Rektum memiliki tiga kurva lateral serta kurva dorsoventral. Mukosa rektum lebih halus dibandingkan dengan usus besar. Rektum memiliki 3 buah valvula: superior kiri, medial kanan dan inferior kiri. 2/3 bagian distal rektum terletak di rongga pelvik dan terfiksir, sedangkan 1/3 bagian proksimal terletak dirongga abdomen dan relatif mobile. Kedua bagian ini dipisahkan oleh peritoneum reflektum dimana bagian anterior lebih panjang dibanding bagian posterior. Saluran anal (anal canal) adalah bagian terakhir dari usus, berfungsi sebagai pintu masuk ke bagian usus yang lebih proksimal, dikelilingi oleh spinkter ani (eksternal dan internal) serta otot-otot yang mengatur pasase isi rektum ke dunia luar. Spinkter ani eksterna terdiri dari 3 sling : atas, medial dan depan.

c. Etiologi

Sebagian orang memang memiliki risiko tinggi terkena kanker kolorektal. Beberapa faktor risiko tersebut ada yang tidak bisa diubah, seperti usia lebih dari 50 tahun, riwayat menderita polip, riwayat menderita infeksi usus besar (*colitis ulcerative* atau *penyakit Chron*), dan memiliki anggota keluarga yang mempunyai riwayat polip atau kanker usus besar. Faktor risiko lain adalah pola hidup yang tidak sehat yang dapat meningkatkan risiko kanker kolorektal di usia muda dibawah 40 tahun. Salah satunya adalah mengonsumsi daging merah dan daging olahan secara berlebihan.

Oleh sebab itu, untuk mencegah timbulnya kanker kolorektal, batasi makanan tinggi lemak termasuk daging merah. Merokok juga merupakan faktor risiko terjadinya kanker kolorektal. Diperkirakan, satu dari lima kasus kanker usus besar di Amerika Serikat dihubungkan

dengan rokok. Merokok berhubungan dengan kenaikan risiko terbentuknya adenoma dan peningkatan risiko perubahan adenoma menjadi kanker usus besar. Faktor risiko tinggi lain adalah pengonsumsi alkohol. Usus mengubah alkohol menjadi asetaldehid yang meningkatkan risiko kanker kolorektal. Lebih baik konsumsi buah dan sayur yang mengandung probiotik, karena kandungan seratnya akan mengikat sisa makanan dan membuat feses lebih berat sehingga mudah dibuang (Kemenkes RI, 2019).

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi kanker kolon menurut (Yayasan Kanker Indonesia, 2018):

- 1) Perubahan pada pola buang air besar termasuk diare, atau konstipasi atau perubahan pada lamanya saat buang air besar, dimana pola ini berlangsung selama beberapa minggu hingga bulan.
- 2) Pendarahan pada buang air besar atau ditemukannya darah di feses, seringkali hanya dapat dideteksi di laboratorium
- 3) Rasa tidak nyaman pada bagian abdomen atau perut seperti kram, gas atau rasa sakit yang berulang
- 4) Perasaan bahwa usus besar belum seluruhnya kosong sesudah buang air besar
- 5) Rasa cepat lelah, lesu lemah atau letih
- 6) Turunnya berat badan secara drastis dan tidak dapat dijelaskan sebabnya

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Operasi Laparotomi

1. Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan, namun ada beberapa juga yang harus ditanyakan diantaranya

a. Identitas

Identitas pasien seperti nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat rumah, No. RM. Sedangkan penanggung jawab (orang tua, keluarga terdekat) seperti namanya, pendidikan terakhir, jenis kelamin, No. HP

b. Riwayat Penyakit Sekarang Riwayat Penyakit Sekarang, Riwayat Penyakit Dahulu, Riwayat Penyakit Keluarga. Bisa menggunakan PQRST yaitu :

- 1) *P (Provokes)*: Penyebab timbulnya nyeri.
- 2) *Q (Quality)*: Rasanya nyeri seperti ditekan, ditusuk atau diremasremas.
- 3) *R (Region)*: Lokasi nyeri berada di bagian tubuh mana.
- 4) *S (Saverity)*: Skala Nyeri
- 5) *T (Time)*: Nyeri dirasakan sering atau tidak

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi apakah klien pernah masuk rumah sakit, penyakit apa yang pernah diderita oleh klien seperti hipertensi, obat-obatan yang pernah digunakan, apakah mempunyai riwayat alergi dan imunisasi apa yang pernah didapatkan, adakah riwayat operasi yang pernah dilakukan sebelumnya.

d. Riwayat keperawatan keluarga

Adakah keluarga sebelumnya mempunyai penyakit seperti diabetes mellitus, hipertensi, gangguan jiwa atau penyakit kronis lainnya yang di gambarkan dalam bentuk genogram.

e. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Adakah perilaku sebelumnya yang mempengaruhi kesehatan sekarang seperti alcohol, merokok, atau penggunaan obat-obatan.

- f. Pola kebiasaan saat ini
Pengkajian pola kebiasaan pasien meliputi pola nutrisi dan cairan, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur, pola aktivitas, pola personal hygiene, dan pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan pasien.
- g. Observasi dan pemeriksaan fisik
Observasi tanda-tanda vital pasien seperti kesadaran pasien saat ini, TD, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan serta suhu tubuh pasien. Pemeriksaan fisik umum dilakukan mengukur tinggi badan, kebersihan mukosa mulut. Pemeriksaan pada sistem pencernaan meliputi inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.
- h. Pemeriksaan fisik per sistem
Pada pemeriksaan fisik per sistem meliputi data pengkajian inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada pasien.
- i. Pemeriksaan Penunjang
Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung tentang keadaan penyakit serta terapi medis yang diberikan untuk membantu proses penyembuhan penyakit, klien dikaji tentang keadaan HB dalam darah, leukosit, trombosit, hematocrit dengan nilai normal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Mengacu pada tindakan pembedahan laparatomi diagnosis keperawatan menurut SDKI yang biasanya muncul pada pasien sebagai berikut:

a. Nyeri akut

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.

Pencetus :

- 1) Agen Pencedera fisiologis (mis.inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis.terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat beban berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Tanda dan gejala

Tabel 2.1
Tanda dan gejala nyeri

Mayor	Minor
Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 6. Sulit tidur	(tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Definisi :

keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab fisiologis :

1. Kerusakan integritas struktur tulang

2. Perubahan metabolisme
3. Ketidakbugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan massa otot
6. Penurunan kekuatan otot
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekakuan sendi
9. Kontraktur
10. Malnutrisi
11. Gangguan musculoskeletal
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 tentang aktivitas fisik
18. Kecemasan
19. Gangguan kognitif
20. Keengganan melakukan pergerakan
21. Gangguan sensori-persepsi

Tanda dan gejala

Tabel 2.2

Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik

Mayor	Minor
Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

c. Resiko Infeksi

Definisi :

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Klinis :

1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)

2. Efek prosedur invasif
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh)
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)

3. Intervensi Keperawatan

Tahap rencana tindakan keperawatan yaitu memberikan kesempatan kepada pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi penyakit yang dialami pasien.

Tabel 2.3

Intervensi Keperawatan

Dx kep	Tujuan	Rencana Keperawatan
1	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	Manajemen nyeri Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh

		<p>budaya terhadap respon nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: 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 analgesik secara tepat • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	--

2	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan criteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: 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 (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan

		<p>sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, tahap pelaksanaan ini penulis berusaha untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil seperti yang digambarkan dalam rencana Tindakan dan dikuatkan dengan teori yang ada, kemudian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis selalu mempertimbangkan kondisi kemampuan pasien serta dukungan dan fasilitas yang tersedia (Gustina, 2021 ; (Syarah, 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, untuk tahapevaluasi ini pada prinsipnya antara teori dan kasus adalah sama yaitu menggunakan SOAP dalam melaksanakan evaluasi, adapun komponen

SOAP untuk memudahkan perawat melakukan evaluasi atau memantau perkembangan pasien. SOAP terdiri dari data subjektif adalah data-data yang ditemukan pada pasien secara subjektif atau ungkapan dari pasien setelah intervensi keperawatan. Sedangkan pada data objektif yaitu hal-hal yang ditemukan oleh perawat secara objektif atau melihat keadaan pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan, dilanjutkan dengan assessment/ penilaian yang telah dilakukan apakah masalah dapat teratasi atau tidak dan Planning rencana tindakan selanjutnya. Evaluasi juga sebagai alat komunikasi perawat untuk mengkomunikasikan status dan hasil akhir pasien. Memberikan informasi untuk memulai, meneruskan, memodifikasi atau menghentikan kegiatan tindakan keperawatan. Memberikan perbaikan terhadap rencana asuhan keperawatan melalui reassessment data dan reformulasi diagnosa (Susilaningrum, 2013 ;Gustina, 2021)

C. Konsep Intervensi *Footbath Therapy* Dan Relaksasi Napas Dalam

1. *Footbath therapy*

Footbath therapy atau rendam kaki menggunakan air hangat merupakan salah satu rangkaian terapi perawatan pasca melahirkan yang dapat memberikan respon relaksasi, mengurangi nyeri tubuh, karena dapat membantu pelepasan endorfin di otak yang merupakan pereda nyeri alami dan dapat membantu meningkatkan sirkulasi darah dengan memperlebar pembuluh darah. Oleh karena itu, bisa mendapatkan oksigen yang dibutuhkan dan akan salurkan ke jaringan (Wulandari, et al., 2018).

Air hangat bila menempel pada jaringan kulit akan terjadi vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) sehingga dapat menimbulkan respon relaksasi (Meiliya & Wahyuningsih, 2010).

Penanganan non farmakologi dengan *Footbath therapy* akan menciptakan impuls yang ditransmisikan melalui serabut saraf aferen non-reseptor, serabut saraf non sensorik membentuk penutupan gelatinosa untuk merangsang rasa sakit yang ditekan dan diringankan. membantu melancarkan sirkulasi darah, di mana berendam dalam air panas akan masuk ke dalam tubuh dan memperlebar pembuluh darah, mengurangi ketegangan otot, memperlancar peredaran darah. sirkulasi, sehingga rasa sakit berkurang (Ery et al., 2022).

Hasil ini sesuai dengan penelitian Putri dan Yulianti, (2018) bahwa merendam kaki dengan menggunakan air hangat rata-rata skala nyeri sebelum diberikan perlakuan rendam kaki dengan menggunakan air hangat 6,59 sedangkan sesudah diberikan perlakuan menggunakan air hangat rata-rata skala nyeri 4,47 yang artinya merendam kaki dengan air hangat dapat mengurangi nyeri akut ataupun kronis, juga mengurangi ketegangan otot.

Footbath Therapy merupakan rendam air hangat yang dilakukan dengan suhu 39-40°C, merendam kaki dari ujung kaki hingga di atas mata kaki sambil dipijat-pijat berulang-ulang. Apabila air hangat terlalu panas atau tidak sesuai dengan suhu yang ditetapkan maka ditambah air hangat kembali namun apabila air hangat terlalu panas ditambahkan air dingin hingga suhu 39-40°C. Penerapan ini dilakukan 1 kali dalam sehari selama 3 hari dengan durasi 20 menit. Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Chotimah et al., (2020) menyatakan bahwa tingkat nyeri pada ibu post *Sectio Caesarea* sesudah diberikan *Footbath treatment* sebagian besar ada pada kategori nyeri ringan yaitu 25 orang (83,3%) dengan rata-rata pengukuran nyeri 14,50. Penanganan nonfarmakologi dengan *footbaththerapy* dilakukan 1x dalam sehari selama 3 hari dengan durasi 20 menit.

Penerapan intervensi *foothbath therapy* yang dilakukan pada ibu post *Sectio Caesarea* apabila reaksi obat ketorolac sudah habis sekitar 6-7 jam, maka dari itu peneliti melakukan penerapan intervensi *Footbath therapy* kepada 2 responden sesudah 6-7 jam efek obat habis (Juliathi et al., 2021).

Pada 6 jam setelah pembiusan belum boleh dillakukan intervensi dikarenakan jika pasien dilakukan pembiusan anastesi memiliki efek samping mual muntah dan sakit kepala.

Membantu pasien mengurangi rasa tidak nyaman selama prosedur pembedahan, anastesi biasanya disebut dengan anastesi umum (GA), terkadang disebut sebagai anastesi umum, hal itu adalah salah satu prosedur anastesi yang digunakan dalam kasus pembedahan digunakan antara 70% dan 80% (Okta et al., 2017). Post operasi khususnya waktu segera setelah prosedur pembedahan. Pemindahan pasien ke ruang pemulihan menandai dimulainya fase pasca operasi, yang diakhiri dengan penilaian berikutnya. Tujuan anastesi umum (GA) adalah untuk mengurangi dan akhirnya menghilangkan rasa tidak nyaman. Pemberian obat-obat tertentu yang sifatnya reversibel selama masa dilakukannya pembedahan berlangsung. Tindakan yang dilakukan pada pasien yang akan dilakukan operasi agar pasien tetap nyaman dan tidak mengganggu masa berlangsungnya pembedahan pada saat jalannya operasi berlangsung (Veterini, 2021).

Menurut Kasdu seperti yang dikutip oleh Rustianawati et al (2018), mobilisasi dini pasca laparatomi dapat dilakukan secara bertahap setelah operasi. Pada 6 jam pertama pasien harus tirah baring dahulu, namun pasien dapat melakukan mobilisasi dini dengan menggerakkan lengan atau tangan, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat

miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah trombosis dan trombo emboli. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat belajar duduk. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan untuk belajar berjalan. Hal tersebut dapat meningkatkan sirkulasi darah yang memicu penurunan nyeri dan penyembuhan luka lebih cepat, serta memulihkan fungsi tubuh tidak hanya pada bagian yang mengalami cedera tapi pada seluruh anggota tubuh (Widianto,2014).

Trombosis adalah kondisi ketika aliran darah terhambat lantaran adanya darah yang menggumpal. Sedangkan, emboli merupakan penyumbatan aliran darah yang tidak hanya akibatnya oleh gumpalan darah namun bisa jadi karna gelembung udara, lemak, dan sebagainya. Penyumbatan ini memperlambat atau menghalangi aliran darah dan menyebabkan tekanan darah meningkat. Jika timbunan plak pecah, bekuan darah bisa terbentuk dan menyebabkan serangan jantung. Jika hal ini menyumbat arteri yang membawa darah ke otak, maka dapat menyebabkan stroke.

Hasil penerapan yang dilakukan oleh peneliti di ruang cempaka RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen menunjukkan bahwa 2 responden mengalami penurunan skala nyeri dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan. Kedua responden mengalami penurunan nyeri disebabkan oleh ibu post *Sectio Caesrea* menyakinkan diri untuk berfokus mengurangi nyeri, juga faktor keyakinan pada pasien saat dilakukan *footbath therapy* sehingga mampu menciptakan lingkungan yang nyaman sehingga membantu ibu post *sectio caesarea* dalam kondisi rileks.

2. Relaksasi Napas Dalam

Salah satu penanganan nyeri nonfarmakologis terutama pada pasien pasca operasi adalah teknik relaksasi. Relaksasi

merupakan cara kognitif yang mampu memberikan penyembuhan fisik dan mental atau mengurangi rasa sakit hingga ambang rasa sakit (Benson & Proctor 2013). Relaksasi nafas dalam yaitu salah satu terapi nonfarmakologi yang bisa digunakan untuk merelaksasi ketegangan otot sehingga dapat mempengaruhi skala nyeri pada ibu pasca operasi caesar.

Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologis yang digunakan pada pasien pasca SC (Delyka et al., 2022; Puspitaningdyah et al., 2021; Waang&Kusumawati, 2022). Sebuah studi menyatakan bahwa teknik relaksasi napas dalam dapat membantu pasien untuk menurunkan rasa sakit dan kecemasan pasca operasi (Waang&Kusumawati, 2022). Terapi relaksasi dapat menurunkan hormon adrenalin individu yang menimbulkan perasaan tenang dan menurunkan aktivitas saraf simpatik yang dapat berguna untuk mengurangi nyeri (Roslianti et al., 2022).

Relaksasi napas dalam merupakan teknik yang mudah dilakukan dengan napas perut secara pelan, dan teratur. Klien dapat melakukannya dengan menutup matanya sambil bernapas dengan perlahan dan rasakan kenyamanannya. Teknik relaksasi napas dalam akan menghasilkan implus yang dikirim melewati saraf aferen non nosiseptor mengakibatkan substansi gelatinosa tertutup sehingga rangsangan nyeri terhambat dan berkurang.

Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi napas merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi napas dalam sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri setelah operasi laparatomi (Lela & Reza, 2018).

Manfaat relaksasi napas dalam yaitu mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri, mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri dan relaksasi napas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian (Kushariyadi, 2011 dalam Tri & Niken, 2017).

Relaksasi napas dalam merupakan sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah untuk dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan olah napas serta aliran energi di dalam tubuh kita (Setiarini, 2018). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Kurniawan, P, 2015), dengan judul “Pengaruh pemberian teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi section caesarea di OK RSUD Hasanuddin Damrah Manna yang berjudul pemberian teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi, bahwa teknik napas dalam mampu menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi(Febriawati et al., 2023)

Teknik relaksasi napas dalam dilakukan dengan cara menarik nafas selama 3 detik dari hidung lalu menahan selama 5-10 detik kemudian menghembuskan secara perlahan melalui mulut. Hal ini dilakukan bertujuan untuk meredakan ketegangan otot, kebosanan, kecemasan, dan menurunkan intensitas nyeri (Roslianti et al., 2022).

D. Jurnal Terkait

Tabel 2.4
Jurnal Terkait

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis)	Hasil
1	Pengaruh Footbath Therapy terhadap	D : Penelitian ini menggunakan <i>quasy-</i>	Hasil penelitian didapat rata-rata penurunan skala nyeri sebelum

	Penurunan Skala Nyeri pada Ibu Post Sectio Caesarea (Lia Oktarina, Purwati, Aprina, 2023)	<p><i>experiment</i> dengan rancangan <i>non-equivalent control group design</i></p> <p>S : jumlah sampel 32 responden dengan teknik <i>accidental sampling</i></p> <p>V : <i>footbath therapy</i>, nyeri post operasi sectio caesarea</p> <p>A : uji <i>t-test dependent</i> dan uji <i>t-test independent</i>.</p>	dan sesudah intervensi dari 6,50 menjadi 4,69 dan didapatkan $p\text{-value}=(0.000)<\alpha(0.05)$, ada pengaruh <i>footbath therapy</i> terhadap penurunan skala nyeri pada ibu post operasi sectio caesarea di RSUD Muhammadiyah Metro Provinsi Lampung Tahun 2021
2	Penerapan Footbath Therapy Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea Di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen (Indriyani Ayu Mandira, Ika Silvitasari, Neny Utami, 2023)	<p>D : Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus</p> <p>S : jumlah sampel 2 responden</p> <p>V : <i>footbath therapy</i>, nyeri post operasi sectio caesarea</p> <p>A : -</p>	Berdasarkan hasil penerapan yang telah dilakukan kepada 2 responden selama 3 hari bahwa sebelum dilakukan <i>footbath therapy</i> 2 responden mengeluhkan nyeri post SC dengan nyeri sedang dengan skala 6 dan 5, kemudian sesudah dilakukan <i>footbath therapy</i> terjadi penurunan nyeri menjadi nyeri ringan dengan skala nyeri 1 dan 2
3	Penerapan Footbath Treatment Terhadap Nyeri Post Sectio Caesarea Ruang Adas Manis RSUD Pandan Arang Boyolali (Gusti, Maryatun, Panggah, 2024)	<p>D : Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus</p> <p>S : jumlah sampel 2 responden</p> <p>V : <i>footbath therapy</i>, nyeri post operasi sectio caesarea</p> <p>A : -</p>	Hasil setelah dilakukan penerapan terdapat perubahan nyeri pada kedua responden dari sebelum penerapan dalam kategori nyeri sedang dan setelah dilakukan penerapan dalam kategori nyeri ringan
4	Pengaruh Footbath Treatment Terhadap Nyeri Post Sectio Caesarea Di Ruang Melati RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya (Detty, Yulia, Endang, 2020)	<p>D : Penelitian ini menggunakan desain <i>pretest-posttest design</i></p> <p>S : jumlah sampel 30 responden dengan <i>purposive sampling</i></p> <p>V : <i>footbath therapy</i>, nyeri post operasi sectio caesarea</p> <p>A : Uji <i>Wilcoxon Signed</i></p>	Berdasarkan hasil penelitian yang telah dideskripsikan diatas diperoleh bahwa gambaran nyeri pada ibu post Sectio Caesarea sebelum mendapatkan perlakuan <i>foot bath treatment</i> di ruang Melati RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya sebagian besar mengalami nyeri sedang sebanyak 26 orang (86,7%). Nilai p value dari hasil uji Wilcoxon adalah 0,000 ($p<0,05$) yang berarti menunjukkan bahwa

		<i>Rank Test.</i>	ada pengaruh footbath treatment terhadap nyeri post Sectio Caesarea di ruang Melati RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya.
5	Pengaruh Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pre Eklamsia Berat	D : Penelitian ini menggunakan metode Litherature Review S : jumlah sampel 1 responden dengan <i>purposive sampling</i> V : <i>footbath therapy</i> , preeklamsia, tekanan darah A : -	Kesimpulan dari penulisan literature review ini adalah rendam kaki air hangat digunakan sebagai metode dalam menurunkan tekanan darah terhadap ibu hamil dengan hipertensi atau pasien dengan preeklamsia. Selain dapat digunakan sebagai merilekskan otototot serta persendian setelah melakukan aktivitas setiap harinya.
6	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendisitis Di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu (Henni, Wulan, Yesi,2023)	D : Penelitian ini menggunakan pre eksperimental menggunakan the one group pre dan post test design S : jumlah sampel 15 responden dengan <i>purposive sampling</i> V : teknik relaksasi napas dalam, intensitas nyeri, apendisitis A : uji statistik paired sample t-test.	Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 15 orang terdapat 1 orang (6,6%) yang mengalami nyeri ringan, 9 orang (60 %) yang mengalami nyeri sedang dan 5 orang (33,4%) yang mengalami nyeri berat. Rata-rata tingkat nyeri sebelum tehnik relaksasi napas dalam 5,78 dengan standar deviasi 1.246. dan terdapat 9 orang (60 %) yang mengalami nyeri ringan, 6 orang (40,0 %) yang mengalami nyeri sedang dan 0 orang (0 %) yang mengalami nyeri bera. Rata-rata tingkat nyeri sesudah diberi tehnik relaksasi napas dalam 3,20 dengan standar deviasi 1.014. dan didapatkan hasil uji statistik uji t didapatkan nilai p value = 0,000 maka dapat disimpulkan ada pengaruh tehnik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi appendisitis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.
7	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Post Operasi <i>Sectio</i>	D : Penelitian ini menggunakan literature review S : jumlah sampel 10 responden dengan <i>random</i>	Penurunan intensitas nyeri sebelum pemberian teknik relaksasi napas dalam hampir seluruhnya mengalami nyeri sedang pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok

	<i>caesarea</i> 24 jam pertama (Irma, Ida, Jamhariyah,2020)	<i>sampling</i> V : teknik relaksasi napas dalam, intensitas nyeri post <i>sectio caesarea</i> A : -	kontrol terdapat sebagian besar mengalami nyeri sedang dan sebagian kecil mengalami nyeri berat hasil ini didapatkan dari kelima artikel yang digunakan.
8	Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Tentang Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam Dan Terapi Musik Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Endometriosis (Rahmat, Apriza, Neneng, 2024)	D : Penelitian ini menggunakan studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan. S : jumlah sampel 1 responden dengan <i>purpeove sampling</i> V : teknik relaksasi napas dalam, terapi musik, intensitas nyeri post operasi kista A : -	Pada awal pengkajian didapatkan skala nyeri pasien 7 (nyeri berat) dan setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam dan terapi musik selama 3 hari dalam waktu 15 menit didapatkan skala nyeri menurun menjadi 3 (nyeri ringan). Hal ini menunjukkan teknik relaksasi napas dalam dan terapi musik berpengaruh dalam menurunkan nyeri pada pasien post operasi kista endometriosis
9	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Partum Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Nifas RSUD Sekarwangi Sukabumi (Susilawati, Reni, 2023)	D : Penelitian ini menggunakan <i>Quasi Eksperimen Pretest-Posttest Control Group Design</i> S : jumlah sampel 38 responden dengan <i>purposive sampling</i> V : teknik relaksasi napas dalam, intensitas nyeri, apendisitis A : <i>uji Wilcoxon dan uji Mann-Whitney.</i>	. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value uji Wilcoxon dan Uji Mann-Whitney 0.000 maka $p < 0.05$ yang menunjukkan terdapat pengaruh dan perbedaan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pasien post partum sectio caesarea. Hasil penelitian menunjukan bahwa terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pasien post partum sectio caesarea. Sehingga terapi ini hendaknya dapat dipertimbangkan sebagai salah satu terapi non farmakologi untuk penurunan intensitas nyeri pasien post partum sectio caesarea
10	Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Pijatan Effleurage terhadap penurunan skala nyeri pada post sectio caesarea (Siti, Henny, 2019)	D : Penelitian ini menggunakan <i>eksperimental quasi dengan pendekatan Randomized pretest-post test control group design.</i> S : jumlah sampel 38 responden dengan <i>random</i>	Dari hasil penelitian didapatkan sebelum dilakukan teknik nafas dalam kebanyakan ibu nifas mengalami nyeri berat hal tersebut sesuai dengan hasil skala nyeri yang sudah dibagikan kepada ibu nifas dan kebanyakan ibu nifas menunjuk angka 8 pada lembar skala nyeri. Nyeri yang

		<p><i>sampling</i></p> <p>V : teknik relaksasi napas dalam, intensitas nyeri, apendisitis</p> <p>A : uji <i>Wilcoxon Signed Ranks dan Mann-Whitney Test</i>.</p>	<p>berat dapat disebabkan oleh faktor usia, dimana ibu yang post sc sebagian besar berusia 18- 22 tahun, dimana ibu dalam usia muda masih belum mempunyai pengalaman dalam hal melahirkan sehingga ibu belum merasa siap dalam menghadapi persalinan secara SC.</p>
--	--	--	---