

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Menurut *The International Association For Study of Pain (IASP)*, nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensoris dan emosional tidak menyenangkan yang bersifat subyektif terkait dengan kerusakan jaringan atau potensial yang dirasakan pada kejadian dimana terjadi nya kerusakan jaringan (Zuhair, 2021). Pasca pembedahan (pasca operasi) pasien merasakan nyeri sedang hingga berat, dan 75% pasien mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan akibat manajemen nyeri yang tidak adekuat (Berkanis, 2020)

Nyeri menurut Kemenkes RI (2022) adalah mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran terhadap kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Karena nilainya bagi kelangsungan hidup, nosiseptor (reseptor nyeri) tidak beradaptasi terhadap stimulasi yang berulang atau berkepanjangan. Simpanan pengalaman yang menimbulkan nyeri dalam ingatan membantu kita menghindari kejadian - kejadian yang berpotensi membahayakan di masa mendatang. Nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian yang dilukiskan dengan istilah kerusakan yang akan memperlambat proses penyembuhan luka pasca pembedahan (Kemenkes RI, 2022).

Nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, persepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Persepsi nyeri sangat bersifat pribadi dan subjektif. Oleh karena itu, suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda bahkan suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh satu orang karena keadaan emosionalnya yang berbeda (Andi Pramayoza, 2023)

Nyeri menurut Izdihar (2022) merupakan sensasi yang penting bagi tubuh. Sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan, dan nyeri merupakan hasil stimulasi reseptor sensorik, provokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau menderita. Menurut Handayani (2020) Nyeri adalah kejadian yang tidak menyenangkan, mengubah gaya hidup dan kesejahteraan individu.

Menurut Marlina (2022) 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.

2. Etiologi

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri fisik dan nyeri psikis. Nyeri secara fisik timbul karena adanya trauma (baik trauma 22 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).

3. Klasifikasi Nyeri.

Nyeri menurut Potter & Perry (2015) dapat diklasifikasikan menjadi 2 dilihat berdasarkan lama waktu terjadinya, yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah adanya ketidaknyamanan berat atau sensasi tidak nyaman yang memiliki onset mendadak dan reda dengan pengobatan. Misalnya, patah tulang menyebabkan nyeri akut karena sensasi tidak nyaman terjadi tiba-tiba ketika tulang mengalami kerusakan dan mereda ketika tulang diimobilisasi (digips). Nyeri yang berhubungan dengan infark

miokard (serangan jantung), radang usus buntu, dan batu ginjal juga merupakan contoh nyeri akut. Nyeri akut dapat diobati dengan NSAID atau analgesik opioid.

b. Nyeri Kronik

Nyeri persisten atau berulang yang berlangsung selama enam bulan atau lebih. Contoh nyeri kronis adalah rasa sakit pada kanker dan artritis rheumatoid serta kondisi kronis lainnya. Nyeri kronis diobati dengan kombinasi NSAID dan *analgesic* opioid serta obat untuk mengurangi pembengkakan dan kecemasan (James, 2019)

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

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

a. Usia

Usia merupakan variabel yang paling penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Faktor faktor penting yang mempengaruhi nyeri:

- 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. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang ajarkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka (Andina dan Yuni, 2017).

c. Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempunyai pengaruh penting dalam berespon terhadap nyeri (Matasarin-Jacobs,1997). Perbedaan jenis telah diidentifikasi dalam hal nyeri dan respon nyeri.

d. 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).

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 (Melania, 2023).

f. 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 (Yuniar et al., 2019)

5. Penatalaksanaan Nyeri

a. Farmakologi

Farmakologi atau dengan obat-obatan merupakan bentuk pengendalian yang sering digunakan. Obat-obatan *analgesic* dapat digunakan, terdapat

dua macam anagesik yaitu analgesic ringan seperti aspirin atau salisilat, parasetamol dan NSAID, sedangkan *analgesic* kuat yaitu antara lain morfin, petidin, dan metadon (Valentine, 2023)

b. Non- Farmakologi

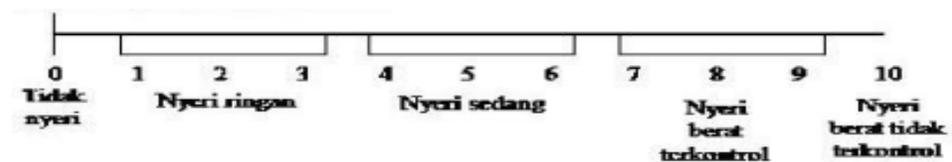
Penatalaksanaan non-farmakologi ada beberapa terapi yang dapat digunakan dalam menurunkan nyeri *post* operasi antara lain distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing, musik, *biofeedback*, stimulasi kutaneus yang terdiri dari masase, kompres dingin, dan kompres hangat, *hypnosis* (Valentine, 2023)

6. Pengukuran Nyeri

Beberapa skala atau pengukuran nyeri (Zakiyah, 2017), yaitu:

a. Skala Deskriptif Verbal (*Verbal Deskriptif Scale*)

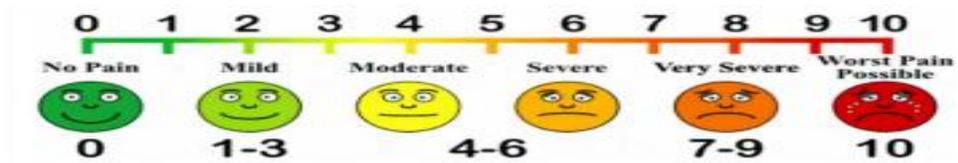
Merupakan salah satu alat ukur tingkat keparahan yang lebih bersifat objektif. Kalimat pendeskripsi ini dirangkum dari tidak ada nyeri sampai nyeri paling hebat. Perawat menunjukkan skala tersebut pada klien dan meminta untuk menunjukkan intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.



Gambar 2.1
Verbal Deskriptif Scale

b. Skala Nyeri Muka (*Wong Baker Facial Gramace Scale*)

Wong Baker Faces Pain Rating Scale cocok digunakan pada pasien dewasa dan anak > 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Suwondo et al., 2017).



Gambar 2.2
Wong Baker Facial Gramace Scale

c. Skala Numerik (*Numerical Rating Scale*)

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10. Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. NRS dianggap sederhana dan mudah dimengerti. NRS lebih sederhana daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut, namun kekurangannya adalah tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti. Jika VAS lebih cocok untuk mengukur intensitas nyeri dan efek terapi pada penelitian karena mampu membedakan efek terapi secara sensitif maka NRS lebih cocok dipakai dalam praktek sehari-hari karena lebih sederhana (Suwondo et al., 2017).



Gambar 2.3
Skala Nyeri Numerik

d. Scala Analog Visual (*Visual Analog Scale*)

Merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang ia rasakan.



Gambar 2.4
Visual Analog Scale

7. Respon Nyeri

Ada beberapa respon nyeri yang sering dialami penderita setelah merasakan sakitnya nyeri:

a. Respon fisiologis terhadap nyeri

1). Stimulasi simpatik: (nyeri ringan, moderat, dan *superficial*)

- a) Dilatasi saluran bronchial dan peningkatan respirasi rate
- b) Peningkatan *heart rate*
- c) Vasokonstriksi perifer
- d) Peningkatan nilai gula darah
- e) Diaphoresis
- f) Peningkatan kekuatan otot
- g) Dilatasi pupil
- h) Penurunan motilitas GI

2). Stimulus Parasimpatik (nyeri berat dan dalam)

- a) Muka pucat
- b) Otot mengeras
- c) Nafas cepat dan irregular
- d) Nausea dan Vomitus
- e) Kelelahan dan Keletihan

b. Respon tingkah laku terhadap nyeri :

Respon perilaku terhadap nyeri dapat mencakup :

- 1) Pernyataan verbal (mengaduh, menangis, sesak nafas, mendengkur)

- 2) Ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir)
- 3) Gerakan tubuh (gelisah, imobilisasi, ketegangan otot)

8. Diagnosis Nyeri Akut

a. Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (PPNI, 2016).

b. Penyebab

- 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 berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c. Gejala dan Tanda

Gejala dan Tanda Mayor:

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Intervensi	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	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

Gejala dan Tanda Minor:

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh Nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap Protektif (misalnya Waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit Tidur

(Sumber: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2018)

B. Konsep Laparotomi

1. Pengertian Laparotomi

Laparotomy (laparotomi) adalah proses bedah dengan cara membuat sayatan di dinding perut. Laparotomi 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). Laparotomi adalah prosedur medis yang melibatkan pembedahan pada perut guna melihat organ-organ pencernaan didalamnya (Karyati, 2020).

2. Tujuan Laparotomi

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

3. Indikasi Laparotomi

a. Trauma Abdomen

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

- 1) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritonium) yang disebabkan oleh: luka tusuk, luka tembak.
- 2) 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). (Andi Pramayoza, 2023)

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:

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) Esofagitis

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

5) Gastritis

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

6) 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.

d. 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 besar 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 perlekatan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup ke dalam 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 ke lumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus) (Andi Pramayoza, 2023)

e. *Appendicitis* mengacu pada radang appendiks

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

1) Tumor abdomen

2) *Pancreatitis (inflammation of the pancreas)*

3) *Abscesses (a localized area of infection)*

4) *Adhesions (bands of scar tissue that form after trauma or surgery)*

5) *Diverticulitis (inflammation of sac-like structures in the walls of the intestines)*

6) *Internal bleeding* (Sjamsurihidayat, 2020)

4. Patofisiologi Laparatomi

Trauma adalah luka atau cedera fisik lainnya atau cedera fisiologis akibat gangguan emosional yang hebat (Brooker, 2010). Trauma abdomen adalah cedera pada abdomen dapat berupa trauma tumpul dan tembus serta trauma yang disengaja atau tidak disengaja (Smeltzer, 2011).

Laparotomi adalah pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen. Danya trauma abdomen (tumpul/tajam), peritonitis, obstruksi pada usus halus dan usus besar, serta radang pada apendiks membutuhkan tindakan pembedahan untuk mengembalikan fungsi organ yang terjadi masalah, tindakan pembedahan tersebut yaitu laparatomi. (Sjamsuhidajat, 2014).

5. Pathway Laparatomi

(Trauma abdomen, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan, sumbatan pada usus halus dan usus besar, masa pada abdomen)



Gambar 2.5 Pathway Laparatomi

Sumber: Ignatovicus & Workman, 2010 ;Smeltzer, 2011 ; Muttaqin, 2014

C. Konsep Asuhan Laparatomi

Asuhan keperawatan pada karya tulis ini disusun berdasarkan data fokus pada pasien *post* operasi nefrolitotomi dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman akibat nyeri nefrolitotomi, mulai dari pengkajian sampai evaluasi data dan intervensinya fokus pada masalah tersebut. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatannya tetap melakukan asuhan berdasarkan bio psiko sosio spritual klien.

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 rekam medis. Sedangkan penanggung jawab (orang tua, keluarga terdekat) seperti namanya, pendidikan terakhir, jeniskelamin, 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 alkohol, 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, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan serta suhu tubuh pasien. Pemeriksaan fisik umum dilakukan mengukur tinggi berat 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 hemoglobin dalam darah, leukosit, trombosit, hematokrit dengan nilai normal.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan *post* operasi laparatomi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah:

- a. Nyeri Akut
- b. Resiko Infeksi
- c. Gangguan Mobilitas Fisik

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosis	Tujuan	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (D.0077)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: Tingkat nyeri (L.08066) (1) Keluhan nyeri menurun (2) Meringis menurun (3) Sikap protektif menurun (4) Gelisah menurun (5) Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. (2) Identifikasi skala nyeri (3) Identifikasi 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 efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: (1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin). (2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misalnya 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

		<p>(3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>(4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>(5) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>(1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>Intervensi Pendukung Terapi relaksasi otot progresif (I.05187) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman - Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks - Monitor adanya indikator tidak rileks (mis. adanya gerakan, pernapasan yang berat) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi - Berikan posisi bersandar pada tempat tidur - Hentikan sesi relaksasi secara bertahap <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pakaian yang nyaman dan tidak sempit - Anjurkan melakukan relaksasi otot rahang - Anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali - Anjurkan meregangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram - Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang - Anjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks - Anjurkan bernapas dalam dan perlahan - Anjurkan berlatih diantara sesi regular dengan perawat
<p>Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142)</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, tingkat infeksi pasien berkurang dengan kriteria hasil: Tingkat Infeksi (L.14137)</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi:</p> <p>(1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik:</p> <p>(1) Batasi jumlah pengunjung</p> <p>(2) Berikan perawatan kulit pada area edema</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 	<ol style="list-style-type: none"> (3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (4) Pertahankan Teknik <i>aseptic</i> pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi (2) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar (3) Ajarkan etika batuk (4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi (5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Kolaborasi pemberian imunasi, <i>jika perlu</i>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri <i>post</i> operasi laparatomi (D.0054)</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</p> <p>Observasi:</p> <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 <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya, pagar tempat tidur) (2) Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> (3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini (3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tahap pelaksanaan merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan independent (secara mandiri) dan juga kolaborasi antar tim medis.

Pada tindakan *independent*, aktivitas perawat didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan berdasarkan dari keputusan pihak lain. Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier dkk, 2016 dalam Amalia, R.F 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Potter, P.A 2016). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2020). Pada laporan ini setelah dilakukan intervensi terapi relaksasi otot progresif pada pasien *post* operasi laparatomi diharapkan tingkat nyeri menurun serta status kenyamanan pasien meningkat.

D. Konsep Teknik Relaksasi Otot Progresif

1. Definisi

Relaksasi progresif merupakan teknik yang digunakan untuk menginduksi relaksasi otot saraf. Relaksasi otot progresif adalah suatu metode yang terdiri atas peregangan dan relaksasi sekelompok otot serta memfokuskan pada perasaan rileks (Tarisa, 2022). Relaksasi otot progresif merupakan metode teknik relaksasi dengan cara kontraksi dan relaksasi otot secara sadar, teratur, dan berturut-turut seluruh bagian tubuh sampai tubuh merasa santai (Ibrahim Moglu, 2017).

Teknik ini dikembangkan oleh Edmund Jacobsan dalam bukunya relaksasi progresif. Teknik ini dirancang untuk pasien-pasien di rumah sakit yang dalam keadaan nyeri dan stress. Jacobsan mengajari pasiennya serangkaian latihan

yang pertama kali mengharuskan pasien untuk mengontraksikan otot (Greenberg, 2013)

2. Tujuan Relaksasi Otot Progresif

- a. Membantu pasien menurunkan nyeri secara non farmakologi
- b. Memberikan dan meningkatkan pengalaman subjektif bahwa ketegangan fisiologis bisa direlaksasikan sehingga relaksasi akan menjadi kebiasaan berespon pada keadaan-keadaan tertentu ketika otot tegang
- c. Menurunkan stress pada individu, relaksasi dapat mencegah manifestasi psikologis maupun fisiologis yang diakibatkan stress.

3. Manfaat Teknik Relaksasi Otot Progresif

- a. Menurunkan ketegangan otot
- b. Mengurangi tingkat kecemasan atau nyeri
- c. Mengurangi masalah-masalah yang berhubungan dengan stress

4. Cara Melakukan Teknik Relaksasi Otot Progresif

- a. Periksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu
- b. Tempatkan pasien ditempat yang tenang dan nyaman
- c. Anjurkan dengan menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman
- d. Berikan posisi yang nyaman, missal duduk bersandar atau tidur
- e. Anjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- f. Anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali
- g. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram
- h. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang atau otot yang rileks
- i. Anjurkan bernafas dalam dan perlahan
- j. Periksa dan ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu

E. Jurnal Terkait

Tabel 2.4 Jurnal Terkait

No.	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisi)	Hasil Penelitian
1.	Pengaruh teknik relaksasi otot progresif terhadap penurunan skala nyeri pasien <i>post</i> Herniotomi (Theresia & Fitriyadi, 2022)	D: <i>One group pre-test post test</i> S: 15 orang V: teknik relaksasi otot progresif I: <i>Numeric rating scale</i> A: -	Setelah dilakukan tindakan terapi relaksasi otot progresif ada pengaruh terhadap penurunan skala nyeri pada pasien <i>post</i> herniotomi.
2.	Studi kasus intervensi Relaksasi Otot Progresif untuk mengurangi nyeri pada pasien Apendisitis (Haryani, 2022)	D: <i>Case study design</i> S: 1 Orang V: teknik relaksasi otot progresif I: <i>Numeric rating scale</i> A: -	Studi kasus menunjukkan bahwa tingkat nyeri pasien setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif mengalami penurunan.
3.	Efektifitas relaksasi progresif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien <i>post Sectio Caesarea</i> (Peny & Mastary, 2020)	D: <i>Quasi experiment</i> S: 32 orang V: teknik relaksasi otot progresif I: <i>Numeric rating scale</i> A: -	Hasil studi menunjukkan bahwa teknik relaksasi otot progresif yang dikombinasikan dengan terapi obat membantu menurunkan tingkat nyeri pasien
4.	Relaksasi otot progresif pada penatalaksanaan nyeri pasien pasca operasi (Dwi & Fitria, 2023)	D: <i>Scoping review</i> S: 1 orang V: teknik relaksasi otot progresif I: <i>Numeric rating scale</i> A: -	Intervensi relaksasi otot progresif sebagai terapi non farmakologi efektif dalam mengurangi tingkat nyeri pasca operasi.
5.	Analisis asuhan keperawatan dengan nyeri akut <i>post</i> operasi batu ginjal melalui Teknik relaksasi otot progresif (Rahmah, 2023)	D: <i>Case ttudy design</i> S: 1 orang V: Teknik relaksasi otot progresif I: <i>Numeric rating scale</i> A: -	Hasil karya ilmiah ini menunjukkan terdapat penurunan intensitas nyeri setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif.