

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. KONSEP DASAR NYERI

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

Setiap individu memberikan persepsi berbeda terhadap rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Sutanto & Fitriana, 2017).

2. Fisiologis Nyeri

Proses nyeri melewati beberapa tahap, yaitu diawali dengan adanya stimulasi, transduksi, transmisi, persepsi, dan modulasi menurut (Kozier & Erb, 2021) yaitu :

a. Stimulasi

Persepsi nyeri diantarkan oleh neuron khusus (nociceptor) yang bertindak sebagai reseptor, pendeteksi stimulus, penguat, dan penghantar menuju saraf pusat yang tersebar lapisan kulit superficial

kulit dan jaringan tertentu, seperti periosteum, dinding arteri, permukaan sendi serta falks dan tentorium serebri.

b. Transduksi

Selama fase ini, stimulus seperti cedera jaringan dapat memicu terjadinya pelepasan mediator biokimia yang meliputi prostaglandin, bradikinin, serotonin, histamine, zat P sehingga dapat menimbulkan sensitivitas pada nosiseptor. Stimulasi berbahaya tersebut juga dapat menyebabkan pergerakan ion-ion untuk menembus membran sel, sehingga membangkitkan nosiseptor. Penggunaan obat anti nyeri dapat bekerja pada fase ini karena dapat menghambat produksi prostaglandin (misalnya, ibuprofen) atau menurunkan pergerakan ion-ion yang menembus membran sel (misalnya, anastesi lokal).

c. Transmisi

Transmisi nyeri merupakan proses yang meneruskan impuls nyeri dari nociceptor saraf perifer melewati cornu dorsalis dan corda spinalis menuju korteks serebri. Cornu dorsalis dari medulla spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori.

d. Persepsi

Persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang diterima. Ketika seseorang menyadari adanya rasa nyeri. Mereka meyakini bahwa persepsi nyeri itu terjadi dalam struktur kortikal yang memungkinkan munculnya strategi kognitif perilaku yang berbeda untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri. Misalnya; intervensi nonfarmakologi seperti distraksi, imajinasi terbimbing, dan music dapat membantu mengalihkan perhatian klien dari nyeri.

e. Modulasi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri. Seringkali digambarkan sebagai “system desendens”, proses ini terjadi saat neuron dibatang otak mengirimkan sinyal menuruni kornu dorsalis

medulla spinalis. Serabut desenden ini melepaskan zat seperti opioid endogen, serotonin, dan norepinefrin, yang dapat menghambat naiknya impuls berbahaya di kornudorsalis. Klien yang mengalami nyeri kronik dapat diberi resep antidepresan trisiklik yang menghambat ambilan kembali norepinefrin dan serotonin. Tindakan ini meningkatkan fase modulasi yang membantu menghambat naiknya stimulus yang menyakitkan.

3. Klasifikasi Nyeri

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2018), nyeri dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual dan fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri dapat diketahui dengan jelas, rasa nyeri diduga ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya arteriosclerosis pada arteri koroner (Sutanto & Fitriana, 2017).

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual dan fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Nyeri kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola nyeri ini ada yang nyeri dalam periode tertentu yang diselingi dengan interval bebas dari nyeri, lalu nyeri akan timbul kembali. Ada pula nyeri kronis yang konstan yaitu rasa nyeri yang terus menerus terasa, bahkan semakin meningkat

intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya pada nyeri karena neoplasma (Sutanto & Fitriana, 2017).

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

Nyeri akut	Nyeri kronis
Waktu kurang dari enam bulan	Waktu lebih dari enam bulan
Daerah nyeri terlokalisasi	Daerah nyeri melebar
Nyeri terasa tajam seperti ditusuk, disayat, dicubit, dan lain-lain	Nyeri terasa tumpul seperti ngilu, linu, dan lain-lain
Respons saraf simpatis takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat, lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil	Respons sistem saraf parasimpatis : penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas, pupil kontraksi
Penampilan klien tampak cemas, gelisah, dan terjadi ketegangan otot	Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri

Sumber : Sutanto & Fitriana (2017)

4. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Ningtyas (2023) Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri secara umum adalah usia, nilai etnik dan budaya, tahap perkembangan, dukungan keluarga dan sosial, pengalaman nyeri di masa lalu, makna nyeri, serta ansietas dan stress.

a. Usia

Usia merupakan variabel penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Semakin bertambahnya umur semakin bertambah pula pemahaman terhadap suatu masalah yang diakibatkan oleh tindakan dan memiliki usaha untuk mengatasinya. Usia lansia dan dewasa lebih siap menghadapi dan menerima dampak, efek, dan komplikasi nyeri.

b. Nilai etnik dan budaya

Latar belakang etnik dan warisan budaya telah lama dikenal sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi seseorang terhadap nyeri dan ekspresi nyeri tersebut perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi. Misalnya, individu dalam sebuah budaya mungkin belajar untuk ekspresif terhadap nyeri, sementara individu dari budaya lain mungkin belajar untuk menyimpan perasaan nyerinya tersebut dan tidak mengganggu orang lain. Perawat berharap individu bersikap objektif terhadap rasa nyeri

dan mampu memberikan gambaran mendetail mengenai nyeri. Perawat dapat menyangkal atau merendahkan nyeri yang mereka pantau pada orang lain.

c. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seorang klien adalah variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Usia dapat mempengaruhi nyeri terutama bayi dan dewasa. Perbedaan tahap perkembangan yang ditemukan antara kelompok umur tersebut mempengaruhi bagaimana anak-anak dan dewasa dalam berespon terhadap nyeri. Anak-anak yang memiliki kesulitan dalam memahami prosedur yang diberikan perawat yang menyebabkan nyeri dalam hal ini perawat perlu mengadaptasi pendekatan dalam mengkaji nyeri pada anak dan bagaimana perawat mempersiapkan anak akan adanya prosedur medis yang menyakitkan. Saat pasien dewasa mengalami nyeri bisa saja terjadi kerusakan status fungsional yang serius. Kemampuan orang dewasa dalam memahami nyeri yang dirasakan sangat sukar. Mereka terkadang menderita penyakit dengan gejala yang tidak jelas yang terkadang mempengaruhi bagian tubuh yang sama. Orang dewasa akan sulit untuk mengingat pengalaman nyeri yang telah lalu dan memberikan penjelasan yang detail terkait nyeri yang dirasakan.

d. Dukungan keluarga dan sosial

Lingkungan yang tidak dikenal seperti rumah sakit dengan kebisingannya, cahaya, dan aktivitasnya, dapat menambah rasa nyeri. Selain itu orang kesepian yang tidak memiliki jaringan pendukung dapat mempersepsikan sikap nyeri sebagai suatu yang berat, sementara orang yang memiliki orang pendukung disekitarnya akan mempersepsikan nyeri sebagai sesuatu yang lebih ringan. Beberapa orang merasa memilih untuk menarik diri jika mereka sedang nyeri, sementara orang lain lebih memilih untuk mengalihkan rasa nyerinya kepada orang-orang dan aktivitas di sekitar mereka.

e. Pengalaman nyeri di masa lalu

Pengalaman nyeri di masa lalu dapat mengubah sensitivitas pasien terhadap nyeri. Individu yang mengalami nyeri secara pribadi atau yang melihat penderitaan orang terdekat sering kali lebih terancam oleh kemungkinan nyeri dibandingkan individu yang tidak memiliki pengalaman nyeri. Selain itu, berhasil atau tidaknya upaya pereda nyeri mempengaruhi harapan seseorang mengenai pereda nyeri.

f. Makna nyeri

Beberapa klien dapat lebih mudah menerima nyeri dibandingkan pasien lain, bergantung pada keadaan dan interpretasi pasien mengenai makna nyeri tersebut. Seorang klien yang menghubungkan rasa nyeri dengan hasil akhir yang positif dapat menahan nyeri dengan sangat baik.

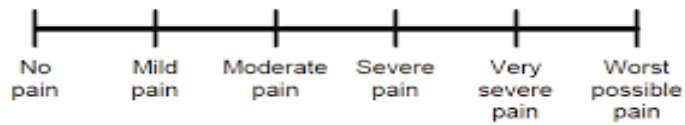
g. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai nyeri, ancaman dari sesuatu yang tidak diketahui dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa yang menyertai nyeri seringkali memperburuk persepsi nyeri. Kelelahan juga mempengaruhi kemampuan coping seseorang, sehingga meningkatkan persepsi nyeri. Apabila nyeri mengganggu tidur, kelelahan dan ketegangan otot sering kali terjadi dan meningkatkan nyeri sehingga terbentuk siklus nyeri.

5. Mengukur Intensitas Nyeri

a. Skala *Verbal Descriptor Scale*

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskriptif verbal (verbal descriptor scale) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. pendeskripsi ini dirangkin dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.



Gambar 2.1

Skala *Verbal Descriptor Scale*

Sumber : Suwondo (2017)

b. Skala wajah menurut Wong-Baker *FACES Rating Scale*

Skala ini ditujukan untuk klien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui angka. Ini termasuk anak-anak yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal dan lansia yang mengalami gangguan kognisi dan komunikasi.



Gambar 2.2

Skala wajah menurut Wong-Baker *FACES Rating Scale*

Sumber : Suwondo (2017)

c. *Numerical Rating Scale (NRS)*

Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0 – 5 atau 0 – 10, dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri ringan, angka 4-6 menunjukkan nyeri sedang, angka 7-9 menunjukkan nyeri berat dan angka 10 menunjukkan nyeri sangat berat atau nyeri hebat.



Gambar 2.3

Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber : Suwondo (2017)

6. Mekanisme Terjadinya Nyeri *Post Operasi Laparatomi*

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. 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 memperparah rasa nyeri. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal. Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri *post operasi* dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan nonfarmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan hormone endorphen dari dalam tubuh. Endorpin berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis (Ramadhania, 2022).

7. Penatalaksanaan Nyeri

a. Terapi Nyeri Farmakologi

Analgesik merupakan metode yang paling umum mengatsai nyeri. Ada tiga jenis pengobatan untuk mentasi nyeri yaitu:

- 1) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgesic non-opioid yang paling sering digunakan. Obat-obataan ini bekerja pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri.
- 2) Opioid, analgesic opioid bekerja dengan cara melekat diri pada resepor nyeri speripik di dalam ssp.
- 3) Adjuvant, buan yaitu analgesik yang sebernarnya zat tersebut dapat membantu jenis nyeri tertentu terutama nyeri kronis.

b. Terapi nyeri non farmakologis

Terapi non farmakologis sangat tepat digunakan untuk klien yang kemungkinan besar mengalami dan perlu mengatasi nyeri pasca operasi dalam jangka waktu yang lebih lama serta merasakan nyeri yang belum sepenuhnya sembuh setelah menggunakan intervensi farmakologis. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis yang diantaranya yaitu relaksasi, hipnosis, pergerakan dan perubahan posisi, massase kutaneus, hidroterapi, terapi panas/dingin, musik, akupresure, aromaterapi, teknik imajinasi, distraksi dan *Emotional Freedom Technique*.

Salah satu cara untuk menurunkan nyeri secara non farmakologis adalah dengan terapi *finger hold*. Terapi *finger hold* membantu mengendalikan diri ketika merasakan ketidaknyamanan akibat rasa nyeri yang merupakan akibat dari tindakan pembedahan (Diyah Wahyu Utami et al., 2023).

B. KONSEP DASAR LAPARATOMI

1. Pengertian Laparatomi

Laparatomi berasal dari bahasa Yunani, lapara yang artinya panggul, serta tomi yaitu memotong. Laparatomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen. Laparatomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker, dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus seperti apendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker kolon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, cholelithiasis, dan peritonitis (Jannah & Eko Riyadi, 2021).

2. Indikasi Laparatomi

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparatomi, yaitu trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (*internal bleeding*), sumbatan pada usus

halus dan usus besar, massa pada abdomen. Selain itu, pada bagian obstetri dan gynecology tindakan laparatomi seringkali juga dilakukan seperti operasi *caesar* (Damayanti et al., 2019).

3. Jenis Insisi Laparatomi

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

- a. *Midline incision*, metode insisi yang sering digunakan karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat dibuka dan di tutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insisi 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.
- b. Paramedian, sedikit ke tepi garis tengah ($\pm 2,5$ cm) panjang ($\pm 12,5$ cm). Terbagi atas 2 yaitu paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bawah, serta plenektomi. Paramedian incision memiliki keuntungan yaitu bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah atas dan bawah.
- c. *Transverse upper abdomen*, yaitu insisi di bagian atas misalnya pembedahan *colesistotomy* dan *splenectomy*.
- d. *Transverse lower abdomen*, yaitu insisi melintang di bagian bawah ± 4 cm diatas anterior spinal iliaka, misalnya pada operasi *appendectomy*.

4. Komplikasi Pasca Operasi

Komplikasi yang sering ditemukan pada pasca pembedahan laparatomi Yenichrist (2020), yaitu :

- a. Tromboplebitis

Tromboplebitis *post* operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan

kaki *post* operasi, ambulasi dini, dan kaos kaki TED yang dipakai pasien sebelum mencoba ambulasi.

b. Infeksi

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik.

c. Dehisensi luka dan eviserasi

Dehisensi luka merupakan terbentuknya tepi-tepi luka yang telah dijahit. Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

5. Karakteristik Nyeri Pada Pasien *Post* Operasi Laparatomi

a. Lama nyeri *post* operasi

Nyeri pada laparatomi sering ditemukan dalam tingkat nyeri berat dan sedang dikarenakan rusaknya integumen, jaringan otot, vaskular dan menimbulkan efek rasa nyeri yang lebih lama pada masa pemulihan. Lama nyeri dapat bertahan selama 24 sampai 48 jam, atau lebih lama tergantung pada bagaimana pasien dapat menahan dan menanggapi rasa sakit. Pasien akan merasakan nyeri yang hebat rata-rata pada dua jam pertama sesudah operasi karena pengaruh hilangnya efek obat anastesi di saat pasien sudah keluar dari kamar bedah. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga. Nyeri pasca bedah dapat menimbulkan reaksi fisiologis dan psikologi seperti peningkatan nadi, tekanan darah, perubahan pernapasan, gangguan mobilitas fisik, malas beraktifitas, gangguan tidur, kurang nafsu makan (Nadianti & Minardo, 2023).

b. Penyebab nyeri

Nyeri yang dirasakan pasien timbul dikarenakan kerusakan jaringan dan proses inflamasi dari prosedur tindakan laparatomi. Di sisi lain,

tindakan prosedur laparatomi menyebabkan terjadinya robekan, sayatan atau luka insisi pada kedua lapisan ini dan pada lapisan hipodermis, dimana lapisan hipodermis ini berada pada bagian kulit terdalam, maka secara langsung lapisan pada epidermis, dermis dan hipodermis mengalami kerusakan jaringan lapisan kulit yang mengakibatkan terputusnya ujung syaraf dan menimbulkan rasa nyeri. Pada saat dilakukannya tindakan laparatomi pasien dilakukannya tindakan anestesi terlebih dahulu karena mekanisme anestesi sinyal saraf dari pusat nyeri yang dirasakan pasien selama operasi dihentikan, namun setelah sistem anestesi sudah hilang, setelah laparotomi selesai, sinyal saraf dari pusat nyeri menjadi aktif kembali pasien sadar. Jika pasien sudah sadarkan diri dan sistem sinyal saraf pusat nyeri berfungsi kembali, pasien akan perlahan lahan merasakan nyeri pada lokasi pembedahan (Nadianti & Minardo, 2023).

C. KONSEP DASAR LATIHAN PERNAPASAN

1. Definisi Latihan Pernapasan

Menurut SIKI (2018), latihan pernapasan adalah latihan menggerakkan dinding dada untuk meningkatkan bersihan jalan napas, meningkatkan pengembangan paru, menguatkan otot-otot napas dan meningkatkan relaksasi atau rasa nyaman. Menurut Emiliyawati (2020), penggunaan latihan pernapasan dalam jangka panjang akan meningkatkan kesehatan; bentuk pernapasan dalam yang paling sehat adalah bernapas secara perlahan. Latihan pernapasan dalam bukanlah jenis latihan fisik; namun, latihan ini merupakan metode jiwa dan tubuh yang dapat diterapkan pada rutinitas lain untuk memberikan efek menenangkan.

2. Manfaat Latihan Pernapasan

Menurut Emiliyawati (2020), latihan pernapasan bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, mengurangi stress baik stress fisik maupun stress emosional sehingga dapat menurunkan intensitas atau skala nyeri dan

menurunkan kecemasan yang dirasakan seseorang. Selain itu, keuntungan latihan pernapasan dapat mengurangi ketegangan otot dan denyut nadi. Manfaat lebih lanjut dari relaksasi napas dalam termasuk kemudahan penggunaannya, kemampuannya untuk membantu pasien atau klien mengendurkan otot-otot yang kaku, dan kemampuannya untuk dilakukan di mana saja, kapan saja, tanpa memerlukan media, dan penggunaannya yang mudah.

3. Indikasi dan Kontraindikasi Pemberian Latihan Pernapasan

Menurut Emiliyawati (2020), indikasi pemberian latihan pernapasan yaitu pasien yang memiliki nyeri akut ringan hingga sedang akibat gangguan yang terjadi bersamaan, nyeri kronis, nyeri pasca operasi, atau pasien yang mengalami stres. Kontraindikasi latihan pernapasan tidak boleh diberikan kepada siapa pun yang memiliki asma, sesak napas akut, atau riwayat masalah pernapasan.

4. Pengaruh Latihan Pernapasan terhadap Nyeri

Latihan pernapasan dipercayai mampu menyebabkan tubuh melepaskan endorfin, yang merupakan opioid endogen. Tubuh secara bersamaan akan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan komponen saraf parasimpatis ketika seseorang melakukan latihan pernapasan untuk mengatasi rasa sakitnya. Hal ini menurunkan kadar kortisol dan adrenalin, yang dapat memengaruhi tingkat stress dan kecemasan seseorang dengan mendorong respons yang rileks, sehingga meningkatkan toleransi nyeri. Sesi relaksasi yang sering dilakukan dapat membantu mengatasi kelelahan dan otot-otot yang tegang yang memperburuk rasa sakit. Mengurangi tekanan darah, penurunan konsumsi oksigen, penurunan ketegangan otot, dan penurunan laju metabolisme adalah hasil yang diperoleh dari penggunaan teknik relaksasi yang efektif (Nur Handayany, 2022).

5. Prosedur Pemberian Latihan Pernapasan

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2018), prosedur pemberian latihan pernapasan adalah sebagai berikut :

- a. Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan
- b. Monitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan
- c. Sediakan tempat tenang
- d. Posisikan pasien nyaman dan rileks
- e. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut
- f. Ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan buang perlahan melalui mulut.

D. KONSEP LATIHAN PERNAFASAN TEKNIK *FINGER HOLD*

1. Definisi Latihan Pernapasan Teknik *Finger Hold*

Teknik *finger hold* adalah suatu tindakan penggabungan antara relaksasi nafas dalam dengan menggenggam jari mulai dari ibu jari sampai kelima jari lain dengan waktu 3 menit setiap jari tangan. Menggenggam jari sambil menarik napas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (*energy channel*) yang terletak pada jari tangan (Mawarni et al., 2023).

Otak akan menerima rangsangan dalam bentuk listrik atau gelombang kejut. Otak dengan cepat memproses gelombang tersebut setelah menerimanya, kemudian mengirimkannya ke saraf di organ yang mengalami gangguan untuk melancarkan jalur energi yang terhambat. Metode relaksasi *finger hold* meningkatkan ketenangan pada tubuh, pikiran, dan jiwa. Secara alamiah, metode ini menyebabkan pelepasan hormon endorfin ketika seseorang merasa rileks. Tubuh menggunakan hormon ini sebagai analgesik alami untuk mengurangi rasa sakit (Mawarni et al., 2023).

2. Manfaat Latihan Pernapasan Teknik *Finger Hold*

Menurut Sari (2020) terdapat beberapa manfaat relaksasi teknik *finger hold* diantaranya :

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

3. Indikasi dan Kontraindikasi Latihan Pernapasan Teknik *Finger Hold*

Menurut Sari (2020), semua pasien *post* operasi yang mengeluhkan rasa sakit, ketidaknyamanan, atau kekhawatiran dan yang mampu berkomunikasi secara efektif dapat memperoleh manfaat dari teknik *finger hold*. Secara umum, tidak ada kontraindikasi karena metode ini cukup mudah digunakan dan siapa pun dapat melakukannya. Namun dalam beberapa kasus, seperti pasien pasca operasi dengan ventilator, pasien dengan luka di daerah telapak tangan atau jari pada ekstremitas atas, atau pasien yang mengalami nyeri luar biasa yang memburuk, tindakan ini tidak boleh dilakukan.

4. Mekanisme Latihan Pernapasan Teknik *Finger Hold*

Teknik *finger hold* dapat membantu melepaskan dan bahkan menyembuhkan ketegangan fisik atau emosional dengan menghangatkan titik-titik masuk dan keluarnya energi di meridian (jalur energi) tubuh pada jari-jari tangan. Hal ini memungkinkan jari-jari secara alami menghasilkan efek stimulasi selama genggaman, yang kemudian akan mengirimkan rangsangan ke otak dan kemudian ke saraf pada organ yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan dapat melancarkan jalur energi.

Genggaman ibu jari memiliki manfaat ekstra untuk mengatasi kesedihan, kebencian, obsesi, kecemasan, pertahanan diri, dan kelelahan fisik, di samping menurunkan kekhawatiran. Selain membantu mengatasi depresi dan ketidaknyamanan, genggaman jari telunjuk juga baik untuk menurunkan rasa takut. Selain membantu orang menghadapi emosi mereka, genggaman jari tengah juga membantu orang merasa tidak terlalu labil dan tidak nyaman secara fisik. Selain mengatasi rasa kesedihan,

genggaman jari manis juga membantu kenyamanan pernapasan dan emosi tidak menyenangkan lainnya. Genggaman jari kelingking, sementara itu, membantu orang untuk rileks dan mengurangi rasa sakit, ketidaknyamanan, dan gangguan pencernaan (Sulistiawan et al., 2022).

5. Hubungan Latihan Pernapasan Teknik *Finger Hold* dengan Penurunan Nyeri

Teknik relaksasi *finger hold* mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Adanya stimulus nyeri pada area luka bedah menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut saraf aferen nosiseptor ke substansia gelatinosa (pintu gerbang) di medula spinalis untuk selanjutnya melewati thalamus kemudian disampaikan ke korteks serebri dan diinterpretasikan sebagai nyeri. Perlakuan *finger hold* akan menghasilkan impuls yang akan dikirim melalui serabut saraf. Serabut saraf mengakibatkan pintu gerbang tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang. Relaksasi menyebabkan impuls nyeri akan dihambat dan mengakibatkan pintu gerbang di thalamus tertutup. Tertutupnya pintu gerbang di thalamus mengakibatkan stimulasi yang menuju korteks serebri terhambat sehingga intensitas nyeri berkurang.

Menurut Rosiska (2021) saat seseorang melakukan teknik *finger hold* untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya kadar hormon adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stress sehingga dapat meningkatkan konsentrasi tubuh mempermudah mengatur pernapasan yang membuat meningkat kadar oksigen dalam darah memberikan rasa tenang yang mampu mengatasi nyeri.

6. Langkah-langkah Latihan Pernapasan Teknik *Finger Hold*

Langkah-langkah pemberian teknik *finger hold* menurut Ratih Widya Retnaningrum et al. (2024) antara lain :

- a. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman

- b. Siapkan lingkungan yang tenang
- c. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
- d. Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien
- e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik *finger hold*
- f. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien ke posisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang
- g. Minta pasien menarik napas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata
- h. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan yang mana saja
- i. Anjurkan pasien untuk menarik napas dengan lembut dan minta pasien untuk menghembuskan napas secara perlahan dan teratur
- j. Anjurkan pasien menarik napas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan
- k. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran
- l. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik *finger hold*
- m. Dokumentasikan respon pasien

7. Indikator Keberhasilan Pemberian Terapi

- a. Keluhan nyeri menurun dari nyeri berat (7-9) dan nyeri sedang (4-6) menjadi nyeri ringan (2-3)
- b. Kemampuan pasien untuk menuntaskan aktivitas meningkat
- c. Kesulitan tidur dan meringis yang dialami pasien menurun
- d. Pola tidur dan nafsu makan pasien membaik
- e. Klien mampu mengulangi secara mandiri dan memahami teknik *finger hold* dengan baik

- f. Perasaan takut mengalami cedera dan bersikap protektif selalu memegang area yang nyeri menurun.

E. JURNAL TERKAIT

Tabel 2.2
Jurnal Terkait

No.	Judul Artikel	Metode	Hasil Penelitian
1.	Relaksasi <i>Finger Hold</i> Untuk Penurunan Nyeri Pasien <i>Post Operasi Appendektomi</i> (Aswad, 2020)	D : <i>Quasy experiment</i> dengan <i>teknik one group pretest</i> dan <i>posttest design</i> tanpa kelompok kontrol S : 32 orang pasien nyeri <i>post operasi lappendektomi</i> V : Relaksasi <i>finger Hold</i> , nyeri <i>post operasi appendektomi</i> A : Analisis data meliputi univariat dan bivariat menggunakan uji <i>wilcoxon</i> .	Hasil penelitian menunjukkan skala nyeri pada responden sebelum dilakukan perlakuan teknik relaksasi <i>Finger Hold</i> yakni 6,63 dan setelah diberikan perlakuan teknik relaksasi <i>Finger Hold</i> menjadi 2,16 dari hal ini dapat menunjukan bahwa setelah diberikan perlakuan teknik relaksasi <i>Finger Hold</i> nilai mean turun dari sebelum diberikan perlakuan. Hasil tersebut membuktikan bahwa perlunya teknik relaksasi <i>Finger Hold</i> untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pada pasien <i>post operasi appendiktom</i> .
2.	Effektifitas Teknik Relaksasi Genggam Jari (<i>Finger Hold</i>) Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien 6 Jam <i>Post operasi Sectio Caesaria</i> Di Rsud Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 (Wijayanti et al., 2022).	D : <i>Quasy experiment</i> dengan <i>teknik one group pretest</i> dan <i>posttest design</i> S : 32 pasien <i>post operasi Sectio Caesaria</i> yang dipilih secara <i>purposive sampling</i> V : Relaksasi genggam jari, tingkat nyeri pasien 6 jam <i>post operasi Sectio Caesaria</i> A : Analisis data meliputi univariat dan bivariat menggunakan uji <i>wilcoxon</i> .	Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar dari responden mengalami nyeri sedang sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu sebanyak 21 responden (65,6%). Setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari berubah menjadi sebagian besar responden mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 19 responden (59,4%). $p\text{ value} = 0,000 \leq \alpha = 0,05$. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi teknik relaksasi genggam jari pada pasien 6 jam <i>post sectio caesarea</i> .

No.	Judul Artikel	Metode	Hasil Penelitian
3.	Pengaruh Terapi Relaksasi Genggam Jari Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Pasien <i>Post Operasi Appendicitis</i> Di Ruang Bedah (Maulidya, 2024).	D : Jenis penelitian kuantitatif dengan desain <i>pre-test – post-test</i> satu kelompok S : 35 orang V : Terapi relaksasi genggam jari, intensitas nyeri pada pasien <i>post operasi appendicitis</i> A : analisa data menggunakan uji statistik <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i>	Hasil penelitian diketahui bahwa terdapat pengaruh teknik relaksasi jari pegangan tangan terhadap pengurangan skala nyeri sebelum diberikan terapi teknik relaksasi jari pegangan tangan, yang memiliki nilai nyeri sedang sebanyak 21 orang (60%). Setelah diberikan terapi teknik relaksasi jari pegangan tangan, pasien memiliki skor nyeri ringan sebanyak 14 orang (40%)..
4.	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien <i>Post Op</i> (Rosiska, 2021)	D : Jenis penelitian <i>Quasy Eksperimen</i> dengan rancangan <i>One Grup Pretest and Post test Design</i> . S : 8 orang dengan memperhatikan kriteria inklusi sampel. V : Pemberian terapi relaksasi genggam jari, penurunan nyeri pada pasien <i>post op</i> A : Uji <i>T test independent</i> .	Hasil penelitian didapatkan setengah responden 50% mengalami nyeri ringan dan sedang sebelum dilakukan pemberian teknik relaksasi genggam jari dan lebih dari setengah responden (63%) mengalami nyeri ringan setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi genggam jari. Hasil bivariat ada pengaruh terhadap penurunan nyeri pada pasien <i>post op</i> .
5.	Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pasien <i>Post Operasi</i> (AZ et al., 2022).	D : Desain <i>quasy eksperimental</i> dengan rancangan <i>one grup pre test post test</i> . S : 36 pasien <i>post operasi</i> V : Teknik relaksasi genggam jari dan skala nyeri pasien <i>post operasi</i> A : Uji <i>wilcoxon</i> .	Hasil penelitian menunjukkan rata-rata sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari adalah 5,50 dan hasil rata-rata sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari adalah 4,00. Penelitian ini menunjukkan ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien <i>post operasi</i> .
6.	Teknik <i>Finger Hold</i> Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien <i>Post Operasi</i> Di Rs X Kabupaten Bogor (Rahayu et al., 2023).	D : Jenis penelitian <i>Pre Experiment</i> dengan rancangan <i>one group pre-test and post-test design</i> . S : 42 orang responden V : Teknik <i>finger Hold</i> , intensitas nyeri pada pasien A : Analisa menggunakan uji statistik <i>Wilcoxon</i>	Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan teknik <i>Finger Hold</i> hampir seluruhnya dari responden mengalami intensitas nyeri sedang sebanyak 95,2%, sedangkan setelah dilakukan teknik <i>Finger Hold</i> lebih dari setengahnya responden mengalami intensitas nyeri ringan sebanyak 61,9%.

F. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST* OPERASI LAPARATOMI DENGAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, nomor rekam medis.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Keluhan utama yang dirasakan pasien *post* laparatomi yaitu nyeri.

2) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien dengan *post* laparatomi mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRSST. Teknik PQRSST yaitu :

a) P (*Provokatif* atau *Paliatif*)

Provokatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pasien *post* operasi laparatomi biasanya pasien mengeluh nyeri pada daerah luka *post* operasi.

b) Q (*Quality* atau *Quantity*)

Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan pasien.

c) R (*Regional* atau area radiasi)

Dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka *post* operasi, dapat menjalar ke seluruh abdomen.

d) S (*Skala, Severity*)

Identitas dari keluhan utama apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya aktivitas pasien terganggu

karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka *post* operasi.

e) T (*Timing*)

Kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini. Pada pasien dengan *post* operasi laparatomi, perlu dikaji mengenai penyakit saluran pencernaan dan riwayat pembedahan sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan. Tindakan laparatomi bukan merupakan penyakit keturunan.

5) Aktivitas sehari-hari

Biasanya pasien dengan *post* operasi laparatomi mengeluh kesulitan melakukan aktivitas, seperti mengalami penurunan makan dan minum, istirahat tidur sering terganggu, BAB dan BAK mengalami penurunan, personal hygiene yang kurang terpenuhi.

6) Pemeriksaan fisik kasus laparatomi

a) Kondisi Umum

Penampilan umum pasien pasca operasi biasanya tampak lemah, gelisah, dan meringis.

b) Sistem pernapasan

Pasien *post* laparatomi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan dan cenderung dangkal karena nyeri.

c) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda-tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi,

penurunan suhu tubuh, dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (keadaan dan tirah baring). Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri *post* operasi.

d) Sistem pencernaan

Pasien *post* operasi laparatomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus, namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual.

e) Sistem persyarafan

Pada pasien *post* operasi laparatomi pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persyarafan.

f) Sistem endokrin

Umumnya pasien *post* operasi laparatomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin.

g) Sistem genetalia

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien *post* operasi laparatomi. Hal ini terjadi akibat adanya pembatasan intake oral pada awal operasi laparatomi (biasanya pasien dipuasakan).

h) Muskuloskeletal

Pasien *post* operasi laparatomi dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri *post* operasi pada abdomen dan efek samping dari anestesi yang sering terjadi adalah kekakuan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur.

i) Sistem integumen

Terdapat luka *post* operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Karakteristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan,

kemerahan, turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

j) Sistem pendengaran

Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran.

k) Sistem penglihatan

Pada pasien *post* operasi laparatomi biasanya tidak mengalami gangguan sistem penglihatan.

7) Riwayat psikologi

a) Data psikologi

Biasanya pasien mengalami perubahan emosi sebagai akibat dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas.

b) Data sosial

Kaji hubungan pasien dengan keluarga, pasien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya pasien tetap berhubungan baik dengan lingkungan sekitar.

c) Data spiritual

Biasanya aktivitas ibadah pasien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka *post* operasi.

8) Hasil pemeriksaan diagnostik

Semua prosedur diagnostik dan laboratorium yang dijalani pasien dicatat dan hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

a) *Ultrasonografi* (USG) untuk mengetahui organ tubuh bagian dalam yang bermasalah.

b) Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.

c) Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang berhubungan dengan tanda adanya infeksi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik aktual maupun potensial. Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2018), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *post* operasi laparatomi yaitu :

a. Nyeri akut (D.0077)

Nyeri akut adalah 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.

1) Tanda gejala mayor pada nyeri akut

- a) Subjektif : mengeluh nyeri
- b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur

2) Tanda gejala minor pada nyeri akut

- a) Subjektif : tidak tersedia
- b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

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

1) Tanda gejala mayor pada intoleransi aktivitas

- a) Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- b) Objektif : kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun

2) Tanda gejala minor pada intoleransi aktivitas

- a) Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

- b) Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.
- c. Resiko infeksi (D.0142)
Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko terjadinya resiko infeksi yaitu penyakit kronis (misalnya diabetes), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi PH, penurunan kerja siliaris), dan ketidakefektifan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, supresi respon inflamasi).

3. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (2019), untuk tujuan dan indikator hasil dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2018), untuk intervensi yang akan dilakukan berdasarkan diagnosis adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut (D.0077)
Kriteria hasil pada nyeri akut yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil frekuensi nadi membaik, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, sikap protektif menurun, dan pola napas membaik.
- 1) Rencana intervensi utama keperawatan diagnosis nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.08238)
 - a) Observasi
Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon

nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup dan monitor efek samping penggunaan analgetik.

b) Terapeutik

Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, teknik relaksasi, kompres hangat/dingin), kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) dan pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

c) Edukasi

Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat dan ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

2) Intervensi pendukung pada diagnosis nyeri akut adalah latihan pernapasan. Latihan pernapasan yaitu latihan menggerakan dinding dada untuk meningkatkan bersihan jalan napas, emningkatkan pengembangan paru, menguatkan otot-otot napas dan meningkatkan relaksasi atau rasa nyaman. Tindakan yang dilakukan sebagai berikut :

a) Observasi

Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan dan monitor frekuensi, irama, dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan.

b) Terapeutik

Sediakan tempat yang tenang, posisikan pasien nyaman dan rileks, tempatkan satu tangan didada dan satu tangan diperut (dimodifikasi dengan teknik *finger Hold* satu tangan kanan memegang jari pada tangan kiri secara bergantian saat latihan

napas), ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung, dan tangan selama tujuh hitungan buang perlahan melalui mulut.

c) Edukasi

Jelaskan manfaat dan konsekuensi perilaku yang diharapkan.

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Kriteria hasil gangguan mobilitas fisik yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun.

1) Rencana intervensi utama keperawatan diagnosis gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi (I.05173)

a) Observasi

Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, dan monitor kondisi umum selama mobilisasi.

b) Terapeutik dan edukasi

Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan untuk melakukan mobilisasi dini dan ajarkan mobilisasi sederhana /9misalnya duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kamar mandi).

2) Intervensi pendukung pada diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan ambulasi, edukasi latihan fisik, manajemen energi, pencegahan jatuh, terapi aktivitas, promosi latihan fisik.

c. Resiko Infeksi (D.0142)

Kriteria hasil diagnosis resiko infeksi yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan

kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, cairan berbau busuk menurun, drainase purulen menurun, kultur urine membaik, kultur darah membaik, dan kultur area luka membaik.

1) Rencana intervensi utama pada diagnosis risiko infeksi yaitu pencegahan infeksi (I.14539)

a) Observasi

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

b) Terapeutik

Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area luka, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dan pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

c) Edukasi

Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, ajarkan cuci tangan yang benar dan ajarkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan.

2) Intervensi pendukung pada diagnosa risiko infeksi yaitu dukungan perawatan diri, edukasi pencegahan luka tekan, pemberian obat, perawatan luka, perawatan area insisi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan independent (secara mandiri) dan juga kolaborasi antar tim medis. 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 diberikan tindakan.

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. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pada laporan ini setelah dilakukan intervensi latihan pernapasan dengan teknik *finger hold* pada pasien *post* operasi laparatomi diharapkan tingkat nyeri pasien menurun.