

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) adalah sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan dimana fenomena ini mencakup respon fisik, mental dan emosional dari individu. Nyeri merupakan suatu pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan, berhubungan dengan kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya (Ningtyas, 2023).

Nyeri adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2018). Nyeri adalah rasa tidak nyaman yang dirasakan oleh individu yang sifatnya sangat subyektif, suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak hingga menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Setyaningsih, 2022)

2. Etiologi Nyeri

Etiologis terjadinya nyeri dimana reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri (*nosireceptor*) adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Teori gate control menyebutkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan terbuka dan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri (Maulana, 2023).

3. Patofisiologi Nyeri

Menurut Mubarak dalam Ningtyas (2023), proses fisiologis terkait nyeri disebut nosisepsi. Proses tersebut terdiri atas empat fase yakni :

a. Transduksi

Pada fase transduksi, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (misalnya, bahan kimia, suhu, listrik atau mekanis) memicu pelepasan mediator biokimia (misal, prostaglandin, bradikini, histamin, substansi P) yang mensensitisasi nosiseptor.

b. Transmisi

Proses transmisi merupakan proses perpindahan impuls melalui saraf dan sensoris menyusul proses transduksi yang disalurkan melalui serabut A-delta dan serabut C ke medulla spinalis. Proses perpindahan impuls listrik dari neuron pertama ke neuron kedua, terjadi di kornu posterior dimana naik melalui tractus spinotalamikus dan otak tengah kemudian dari thalamus mengirim pesan nosiseptik ke korteks somatosensorik dan sistem limbik. Tractus spinotalamikus yaitu tractus yang berasal dari medulla spinalis sampai di thalamus kemudian berganti neuron menuju korteks serebri pada somatosensorik dimana nyeri sensoriknya dirasakan berupa lokalisasi, intensitas dan lamanya, sedangkan tractus spinoretikularis sebelum tiba di thalamus berganti neuron di batang otak retikularis kemudian menuju limbik dimana nyeri emosional dirasakan berupa cemas, ketakutan, berteriak atau menangis (Maradona, 2023).

c. Modulasi

Fase ini disebut juga “sistem desenden”. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medula spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan di bagian dorsal medula spinalis.

d. Persepsi

Pada fase ini, individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku-kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri (Purwoto, 2023).

4. Faktor Predisposisi Nyeri

Menurut Utami (2020 dalam Ningtyas 2023), faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut :

a. Kelemahan

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri terkadang jarang dialami setelah tidur atau istirahat cukup

b. Jenis kelamin

Secara umum perempuan dianggap lebih merasakan nyeri dibandingkan laki – laki. Faktor biologis dan faktor psikologis dianggap turut memiliki peran dalam memengaruhi perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin. Kondisi hormonal pada perempuan juga turut memengaruhi nyeri. Pada perempuan didapatkan bahwa hormon estrogen dan progesterone sangat berperan dalam sensitivitas nyeri, hormon estrogen memiliki efek *pronosiseptif* yang dapat merangsang proses sensitisasi sentral dan perifer. Hormon progesterone berpengaruh dalam penurunan ambang batas nyeri. Hal itu menyebabkan perempuan cenderung lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki (Novitayanti, 2023).

c. Usia

Usia seseorang akan memengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia 6 akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan. Pada usia anak akan sulit untuk menginterpretasikan dan melokalisasi nyeri yang dirasakan karena

belum dapat mengucapkan kata-kata dan mengungkapkan secara verbal maupun mengekspresikan nyeri yang dirasakan sehingga nyeri yang dirasakan biasanya akan diinterpretasikan kepada orang tua atau tenaga Kesehatan.

d. Genetik

Informasi genetic yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri. Gen yang ada di dalam tubuh seseorang dibentuk dari kombinasi gen ayah dan ibu. Gen yang paling dominan yang akan menentukan kondisi dan psikologis seseorang.

e. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang memengaruhi ekspresi tingkah laku juga ikut serta dalam persepsi nyeri. Tingkat depresi dan gangguan kecemasan yang lebih tinggi pada perempuan menunjukkan adanya kontribusi jenis kelamin terhadap skala nyeri (Novitayanti, 2023). Tingkat dan kualitas nyeri yang diterima klien berhubungan dengan arti nyeri tersebut. Kecemasan kadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Respon emosional pada nyeri melibatkan girus cingulat anterior dan korteks prefrontal ventral kanan. Sirkuit serotonin dan norepinefrin juga terlibat dalam modulasi stimulus sensoris, yang mungkin memengaruhi bagaimana depresi dan pengobatan antidepresan berefek pada persepsi nyeri.

f. Pengalaman Sebelumnya

Frekuensi terjadinya nyeri dimana dimasa lampau cukup sering tanpa adanya penanganan atau penderitaan adanya nyeri menyebabkan kecemasan bahkan ketakutan yang timbul secara berulang. Jika orang tersebut belum merasakan nyeri sebelumnya maka akan tersiksa dengan keadaan tersebut. Sebaliknya, jika seseorang sudah mengalami nyeri yang sama maka akan dianggap biasa, karena sudah paham tindakan apa yang dilakukan untuk menghilangkan rasa nyeri tersebut.

g. Budaya

Etnis dan warisan budaya telah lama dikenal berpengaruh pada nyeri dan manifestasinya. Individu akan belajar dari apa yang diharapkan dan diterima dalam budayanya termasuk dalam merespon rasa sakit.

5. Respon Nyeri

Menurut Black & Hawks (2020), Perilaku non verbal yang mengindikasikan nyeri yaitu :

Tabel 2.1 Perilaku non verbal terhadap nyeri

Ekspresi wajah	Menggertakan gigi, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, menekuk muka, menutup mata dengan rapat, membuka mata atau mulut dengan lebar
Vokal	Menangis, mengerang, terengah, merintih, menggerutu, menjerit
Gerakan tubuh	Gelisah, waspada, tegang pada otot, imobilitas, mondar-mandir, meremas tangan, tidak bisa diam, gelisah, menggeliat, menolak ubah posisi, kaku pada sendi
.Emosi	Agresif, bingung, rewel, sedih, iritabilitas
Inteaksi sosial	Diam, menarik diri, tingkat perhatian menurun, fokus pada standar meredakan nyeri
Tidur	Meningkat, karena kelelahan Menurun karena sering terbangun

Sumber : Black & Hawks, (2020)

Bersamaan dengan naiknya impuls-impuls nyeri ke medula spinalis hingga mencapai batang otak dan talamus, maka sistem saraf otonom menjadi terstimulus sebagai bagian dari respons stress. Selain respon perilaku, respon fisiologis juga dapat terjadi ketika individu merasakan nyeri, respon fisiologis terhadap nyeri terbagi menjadi respon sistem saraf simpatik dan respon sistem saraf parasimpatik (Kozier, 2021).

Tabel 2.2 Respon fisiologis terhadap nyeri

Respon sistem saraf simpatik	Respon sistem saraf parasimpatik
Peningkatan denyut nadi	Tekanan darah menurun
Peningkatan frekuensi napas	Denyut nadi menurun
Peningkatan tekanan darah	Mual, muntah
Pasien tampak pucat	Kelemahan
Diaphoresis	Kehilangan kesadaran
Dilatasi pupil	

Sumber : Black & Hawks, (2020)

Respon tubuh terhadap nyeri ada 3 tahap, yaitu:

a. Tahap aktivasi

Dimulai saat pertama individu menerima rangsang nyeri sampai tubuh bereaksi terhadap nyeri yang meliputi : respon simpato adrenal, respon muskuler, dan respon emosional.

b. Tahap pemantulan

Pada tahap ini nyeri sangat hebat tetapi singkat. Pada tahap ini pula sistem saraf parasimpatis mengambil alih tugas, sehingga terjadi respon yang berlawanan terhadap tahap aktivasi.

c. Tahap adaptasi

Saat nyeri berlangsung lama tubuh mencoba untuk beradaptasi melalui peran endorphins. Reaksi adaptasi tubuh ini terhadap nyeri dapat berlangsung beberapa jam atau beberapa hari. Bila nyeri berkepanjangan maka akan menurunkan sekresi norepineprin sehingga individu merasa tidak berdaya, tidak berharga dan lesu.

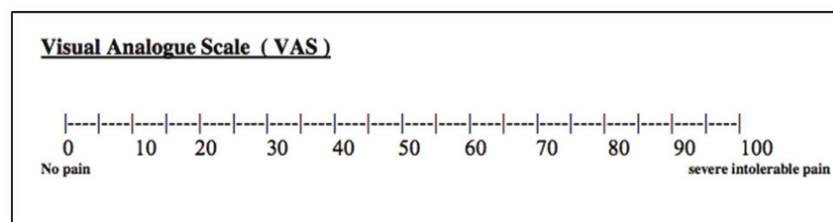
6. Alat Ukur Nyeri

Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan pengkajian skala nyeri akut dan kronik yang terdiri dari skala nyeri unidimensional dan multidimensional serta pengkajian pada kelompok khusus.

a. *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala analog visual adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Metode pengukuran dengan skala linier ini

menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, skor 0 menunjukkan tidak nyeri dan skor 100 menunjukkan nyeri hebat. 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. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Black & Hawks, 2020).



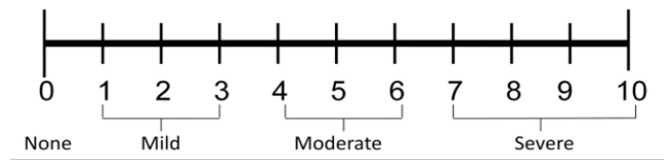
Gambar 2.1 Visual Analog Scale (VAS)

Sumber : Black & Hawks, (2020)

b. *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 (Gambar 3). 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 atau redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik atau nyeri hilang sama sekali.

Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (Black & Hawks, 2020).

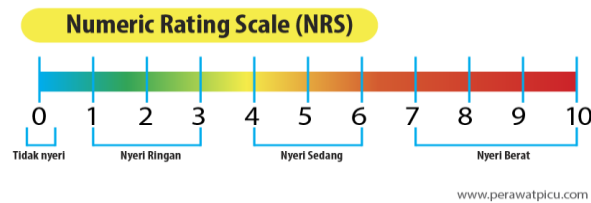


Gambar 2.2 Verbal Rating Scale (VRS)

Sumber : Black & Hawks, (2020)

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala ukur yang dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. NRS Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Alat ukur ini dapat digunakan untuk anak usia 5 tahun keatas. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik (Yudiyanta & Melinda, 2021). Nilai NRS bisa digunakan untuk evaluasi nyeri, dan pada umumnya pengukuran kedua tidak lebih dari 24 jam pasca pengukuran pertama. Skala *Numeric Rating Scale* (NRS) ini menggunakan rentang angka 0-10 (Gambar 4). Nilai NRS dapat disampaikan secara verbal maupun dalam bentuk gambar. Klasifikasi nilai NRS adalah tidak ada nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), dan nyeri hebat (7-10). Untuk menggunakan alat ukur anjurkan pasien memberi tanda pada nomor nyeri yang dirasakan, interpretasinya dilihat dimana tanda skala nyeri. Nilai NRS dapat diperoleh dalam waktu kurang dari 1 menit dan dapat dikerjakan dengan sangat mudah (Pinzon et al., 2022)

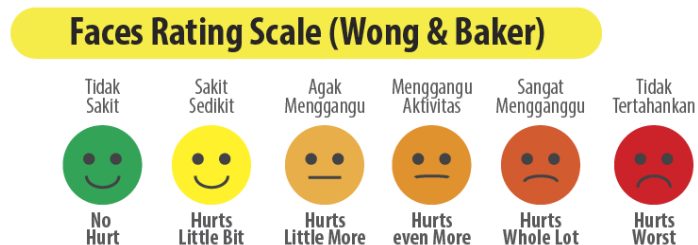


Gambar 2.3 Numeric Rating Scale (NRS)

Sumber : Black & Hawks, (2020)

d. *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*

Skala ukur ini digunakan pada pasien dewasa dan anak usia >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. Laporan nyeri pada anak biasanya dimungkinkan pada usia 4 tahun, tetapi hal tersebut juga tergantung pada kematangan kognitif dan emosional anak. Pada usia 4-5 tahun, anak-anak dapat membedakan “lebih, kurang, atau sama”, sehingga dapat menggunakan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* jika dijelaskan dengan tepat merupakan skala yang relatif sederhana dengan jumlah pilihan. Pengukuran nyeri ini menggunakan gambar wajah dengan menggambarkan ekspresi wajah ketika merasakan nyeri. Mintalah anak untuk memilih wajah yang paling tepat untuk menggambarkan bagaimana ia merasakan nyeri. Skala nyeri wajah dapat diukur dalam bentuk revisi yang menggambarkan skala 0-10 dengan 6 wajah (Gambar 5). Hal ini untuk membuat konsisten dengan pengukuran VAS dan NRS. Nilai skala untuk 6 wajah tersebut adalah 0-2-4-6-8-10.



Gambar 2.4 Wong Baker Faces Pain Rating Scale

Sumber : Black & Hawks, (2020)

7. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri atau tindakan keperawatan untuk mengurangi nyeri yaitu terdiri dari penatalaksanaan non-farmakologi dan farmakologi.

a. Penatalaksanaan non-farmakologi

Menurut Nuraeni, (2023) Penatalaksanaan non farmakologi merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktifitas keperawatan non farmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah.

Menurut Tamsuri et al., (2023) Penatalaksanaan non farmakologi terdiri dari intervensi perilaku kognitif yang meliputi:

1) Teknik distraksi

Teknik distraksi adalah suatu proses pengalihan dari fokus satu ke fokus yang lainnya atau perhatian pada nyeri ke stimulus yang lain. Jenis teknik distraksi dibagi menjadi 5, yaitu:

- a) Distraksi visual dan audio visual cara yang sering di gunakan pada teknik ini adalah dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang digemari seperti: melihat film keluarga, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, melihat gambar-gambar, dan melihat buku cerita bergambar, bermain game. Teknik audio visual adalah salah satu teknik yang efektif dalam melakukan pendekatan pada anak. Cara ini digunakan dengan cara mengalihkan perhatian anak pada hal – hal yang disukai seperti menonton animasi.
- b) Distraksi pendengaran seperti mendengarkan musik, mendengarkan radio yang disukai atau suara burung dan binatang yang lainnya serta gemercik air. Individu dianjurkan untuk

memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik, bacaan ayat ayat suci, dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Pasien juga diperkenankan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama musik seperti, menggeleng gelengkan kepala, menggerakkan jari-jemari atau mengayun ayunkan kaki.

- c) Distraksi pendengaran bernafas ritmik dianjurkan pada pasien untuk memandang fokus pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung.
- d) Distraksi intelektual kegiatan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, bermain catur melakukan kegiatan yang di gemari (di tempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menggambar dan menulis cerita.
- e) Imajinasi terbimbing adalah kegiatan anak membuat suatu hayalan yang menyenangkan dan fokuskan diri pada bayangan tersebut serta berangsur- angsur melupakan diri dari perhatian terhadap rasa nyeri. Imajinasi terbimbing membuat anak sibuk memusatkan perhatiannya pada suatu aktivitas yang menarik dan menyenangkan, dan merubah persepsi rasa sakit.

2) Teknik relaksasi

Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi dapat memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Teknik ini dapat digunakan pada kondisi sehat dan sakit. Pengertian teknik distraksi nafas dalam adalah bentuk asuhan keperawatan, hal ini perawat mengajarkan cara teknik distraksi nafas dalam, nafas perlahan dan menghembuskan nafas secara berangsur-angsur, hal tersebut dapat menurunkan rasa nyeri, ventilasi paru dapat meningkat dan oksigen darah meningkat (Ningtyas, 2023). Menurut Aristi, (2021) tujuan teknik relaksasi antara lain :

- a) Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan

- b) Penurunan konsumsi oksigen
- c) Penurunan ketegangan otot
- d) Penurunan kecepatan metabolisme
- e) Peningkatan kesadaran secara umum
- f) Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan
- g) Tidak ada perubahan posisi yang volunter
- h) Perasaan damai dan sejahtera
- i) Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

3) Teknik stimulasi kulit

Pijat refleksi atau *reflexology* merupakan ilmu yang mempelajari tentang pijat pada titik-titik tertentu di tubuh yang dapat dilakukan dengan tangan atau benda-benda seperti kayu, plastik, atau karet. Pijat refleksi juga diartikan sebagai jenis pengobatan yang mengadopsi kekuatan dan ketahanan tubuh sendiri, dengan cara memberikan sentuhan pijatan pada lokasi dan tempat yang sudah dipetakan sesuai zona terapi (Setiawan, 2019).

b. Penatalaksanaan farmakologi

Keputusan perawat dalam penggunaan obat-obatan dan penatalaksanaan klien/ pasien yang menerima terapi farmakologi membantu dalam upaya memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan. Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri. Menurut Helmi, (2020) ada dua jenis analgesik yaitu :

1) Non-narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID)

Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. NSAID non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan sedang seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, prosedur bedah minor dan episiotomy.

- 2) Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi dan nyeri maligna. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat.

B. Konsep Dasar Laparotomi

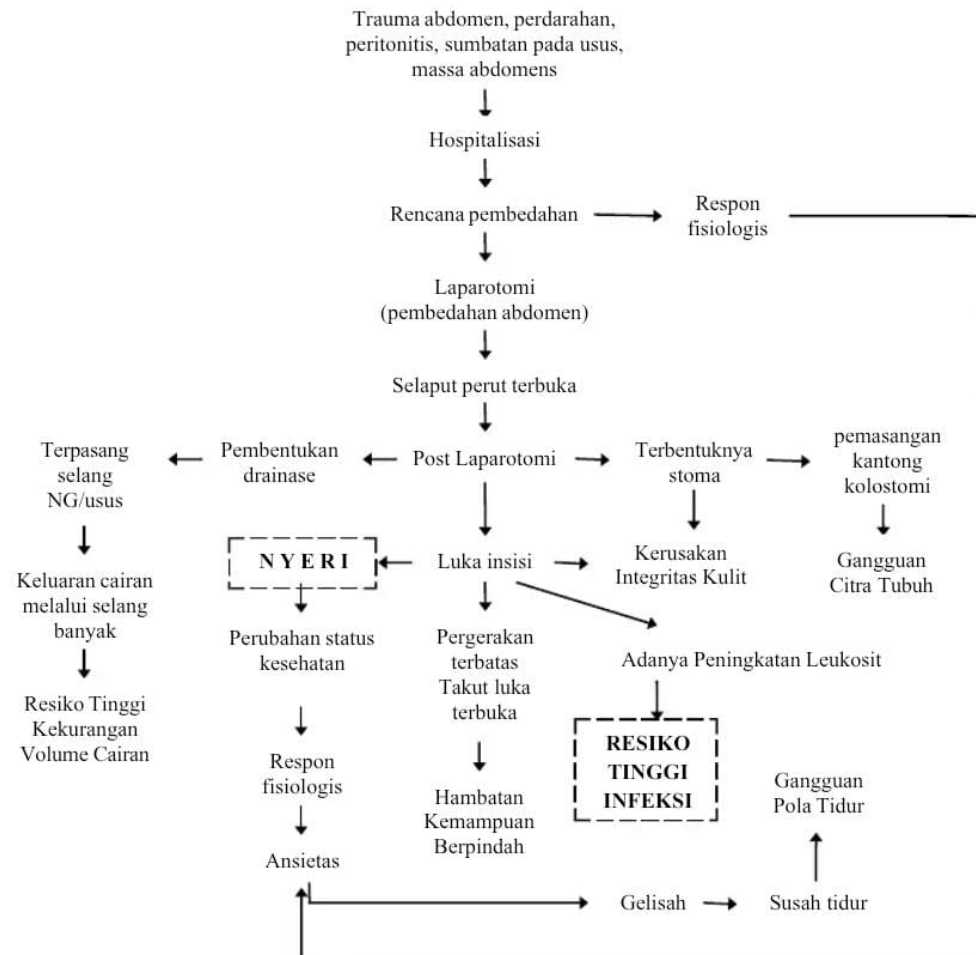
1. Definisi

Laparotomi adalah prosedur medis yang melibatkan pembedahan pada perut guna melihat organ-organ pencernaan didalamnya (Karyati, 2020). Laparotomi merupakan salah satu pembedahan dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding perut untuk mengetahui organ yang mengalami masalah (Indriyani & Faradisi, 2022).

2. Konsep nyeri Laparotomi

Penyayatan pada abdomen akan mengaktifkan reseptor nyeri (nosiseptor) melalui sistem saraf asenden yang kemudian akan merangsang hipotalamus dan korteks selebri dan mengeluarkan zat kimia berupa histamin, bradikimin, serta prostaglandin yang akan memparah rasa nyeri. Rasa nyeri juga akan menyebabkan keterbatasan gerak pada anggota tubuh dan dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Terputusnya inkotinitas jaringan akan menyebabkan terbukanya invasi sehingga mikroorganisme virus, bakteri dan parasit mudah masuk ke dalam tubuh dan terjadi resiko infeksi (Ramadhania, 2022). Nyeri pada laparotomi sering ditemukan dalam tingkat nyeri berat dan sedang karena rusaknya integument, serta jaringan otot yang menimbulkan efek nyeri yang lebih lama pada masa pemulihan (Indriyani & Faradisi, 2022).

3. Patofisiologi/pathway WOC



Gambar 2.5 Pathway Laparotomi

Sumber : Indriyani & Faradisi, (2022).

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Wong, (2021) sebagai berikut:

- Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar : kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung : dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
- Laboratorium: hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine
- Radiologi : bila diindikasikan untuk melakukan laparotomi

- d. *IVP/sistogram* : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing
- e. *Parasentesis* perut : tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan dalam rongga perut atau trauma tumpul perut yang disertai dengan trauma kepala yang berat, dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi no 18 atau 20 yang ditusukkan melalui dinding perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan buli-buli terlebih dahulu
- f. *Lavase peritoneal* : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritoneum.

5. Indikasi

Menurut Ignativicus, (2020) indikasi dari tindakan laparatomi adalah sebagai berikut :

- a. 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.
- b. Peritonitis, merupakan 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.
- c. Sumbatan pada usus, 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.
- d. 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.

6. Penatalaksanaan

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

- a. *Midline incision*, metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat di buka dan di tutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insis ini adalah terjadinya hernia cikatrialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan lien serta di bawah umbilikus untuk *eksplorasi ginekologis, rektosigmoid*, dan organ dalam pelvis.
- b. *Paramedian*, insisi ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan 21 indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bagian bawah, serta plenektomi. Paramedian insicion memiliki keuntungan antara lain : merupakan bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah atas dan bawah.
- c. *Transverse upper abdomen incision* yaitu : insisi di bagian atas, misalnya pembedahan *colesistotomy* dan *splenectomy*.
- d. *Transverse lower abdomen incision* yaitu: insisi melintang di bagian bawah ± 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya: pada operasi *appendectomy*.

7. Komplikasi Post Operasi

- a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis pasca operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi yang dilakukan. Bahaya yang akan terjadi pada tromboplebitis apabila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak (Rachmatullah, 2022) .

- b. Kerusakan integritas kulit apabila terjadi infeksi pasca operasi biasanya muncul pada 36-46 pasca operasi. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik (Rachmatullah, 2022)
- c. Dehisensi luka merupakan terbukanya 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 (Rachmatullah, 2022).

C. Konsep intervensi sesuai EBP

1. Konsep Akupresure

a. Definisi

Akupresur adalah salah satu bentuk fisioterapi dengan memberikan pemijatan dan stimulasi pada titik-titik tertentu atau akupoint pada tubuh. Terapi akupresur merupakan pengembangan dari ilmu akupuntur, sehingga pada prinsipnya metode terapinya akupresur sama dengan akupuntur, yang membedakannya terapi akupresur tidak menggunakan jarum dalam proses pengobatannya. Akupresur berguna untuk mengurangi atau pun mengobati berbagai jenis penyakit dan nyeri serta mengurangi ketegangan dan kelelahan (Kurniawan, 2020).

b. Manfaat

Akupresur memberikan rangsangan dengan menggunakan jari pada titik-titik tubuh yang bertujuan untuk mempengaruhi organ tubuh tertentu dengan merangsang aliran saraf tubuh. Manfaat akupresur yaitu untuk membantu pengelolaan stress, meningkatkan relaksasi dan mengurangi rasa nyeri. Saat dilakukan penekanan pada titik tubuh tertentu akan merangsang sistem saraf untuk melepaskan hormon endorpin yang dapat memberikan rasa rileks, dengan adanya hormon endorpin tubuh akan merasa rileks (Maharani & Widodo, 2023).

Manfaat akupresur merupakan terapi dengan prinsip healing touch yang lebih menunjukkan perilaku caring pada klien, sehingga dapat memberikan perasaan tenang, nyaman, perasaan yang lebih diperhatikan yang dapat mendekatkan hubungan terapeutik antar seseorang (Majid & Rini, 2020).

c. Teknik Aplikasi Terapi Akupresur

Pemijatan dilakukan dengan menekan titik yang ditentukan dan dilakukan adalah sebanyak 30 kali. Dalam pemijatan, sebaiknya jangan terlalu keras dan membuat pasien kesakitan. Pemijatan yang benar harus dapat menciptakan sensasi rasa nyaman dan rileks. Apabila sensasi rasa dapat tercapai maka di samping sirkulasi darah lancar, juga dapat merangsang keluarnya hormon endomorfina hormon sejenis morfin yang dihasilkan dari dalam tubuh untuk memberikan rasa tenang (Ridwan, 2019).

Hal-hal yang harus diperhatikan saat terapi akupresure

- 1) Mencuci tangan dengan air yang mengalir dan menggunakan sabun antiseptik sebelum melakukan dan setelah melakukan terapi sangatlah penting. Hal tersebut dilakukan untuk mencegah penularan penyakit antara terapis dengan pasien.
- 2) Pemijatan tidak dapat dilakukan pada kondisi kulit terkelupas, tepat pada bagian tulang yang patah dan tepat bagian yang bengkak.
- 3) Penyakit-penyakit yang tidak boleh dipijat adalah tiga penyakit yang dapat menyebabkan kematian tiba-tiba, yaitu ketika terjadi serangan jantung, gagal napas oleh paru-paru dan penyakit pada saraf otak (misalnya stroke, pecah pembuluh darah dan cidera otak).

d. Titik Akupresure

- 1) Titik Sanyinjiao (SP6) adalah titik meridian yang berhubungan dengan organ limpa, hati dan ginjal. Titik ini berada 4 jari diatas mata kaki/malleolus internus. Akupresur pada titik Sanyinjiao berfungsi untuk memperkuat limpa, mengembalikan keseimbangan Yin pada hati dan ginjal, sehingga hal tersebut dapat memperkuat

pasokan darah dan memperlancar peredaran darah, dengan demikian akupresur pada titik sanyinjiao dapat mengurangi nyeri dismenore (Kurniawan, 2020).



Gambar 2.6 Titik Sanyinjiao (SP6)

Sumber : Kurniawan, (2020).

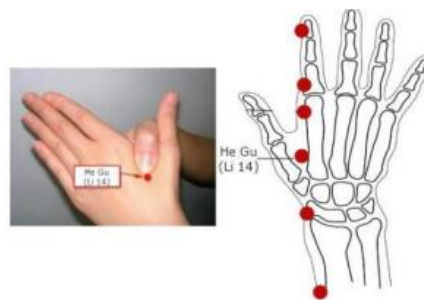
- 2) Titik Diji (SP8) merupakan titik lain yang digunakan dalam akupresur sebagai titik darurat penghilang rasa sakit, terutama untuk nyeri perut, kembung, diare, disuria, dismenore dan menstruasi tidak teratur. Ini adalah salah satu poin terbaik untuk mengobati semua jenis dismenore dan mungkin merupakan titik optimal untuk dismenore yang disebabkan oleh stasis. Terletak pada garis yang menghubungkan malleolus ke titik Sanyinjiao (SP6), pada aspek medial-lateral betis, di bawah margin inferior tibia dan gastrocnemius, tiga cuns di bawah titik SP9 pada meridian limpa (Kurniawan, 2020).



Gambar 2.7 Titik Diji (SP8)

Sumber : Kurniawan, (2020).

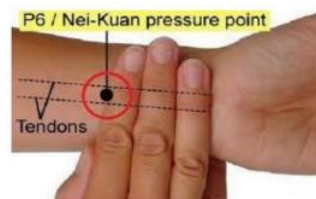
- 3) Titik Hegi (LI-4) secara luas digunakan sebagai titik distal pada sindrom gangguan nyeri pada tangan atau bahu, karena ia menghilangkan gangguan dari meridian. LI-4 memiliki pengaruh yang kuat pada pikiran dan dapat digunakan untuk menenangkan pikiran, menghilangkan kecemasan, rasa nyeri pada tubuh, dan gangguan psikologis. Dengan titik LI4 dapat mengatasi hal tersebut (Kurniawan, 2020).



Gambar 2.8 Titik Hegi (LI-4)

Sumber : Kurniawan, (2020).

- 4) Titik neiguan pc 6 berada di sekitar 3 jari diatas pergelangan tangan dan terletak di pertengahan lengan bagian dalam, titik ini dapat mengatasi permasalahan yang ada pada area sekitar abdomen (Kurniawan, 2020).



Gambar 2.9 Titik neiguan pc 6

Sumber : Kurniawan, (2020).

- 5) Titik Stomach 36 (ST36), sering digunakan untuk masalah gastroinsetinal, rasa mual, mengatasi keinginan muntah, stres, meningkatkan imunitas tubuh, serta meredakan kelelahan. Titik ini

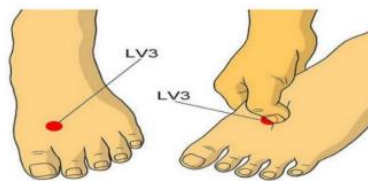
bisa ditemukan di bawah tempurung lutut. Cara mencari titik ST 36 yaitu letakkan empat jari di bawah tempurung lutut di bagian depan betis, ada cekungan di antara tulang kering dan otot kaki di bawah jarijari. Titik ini berada di bagian luar tulang kemudian Tekan titik ini menggunakan kuku jari atau jempol (Kurniawan, 2020).



Gambar 2.10 Titik Stomach 36 (ST36)

Sumber : Kurniawan, (2020).

- 6) Titik Liver (LV3), disarankan untuk mengatasi stres, sakit punggung bagian bawah, tekanan darah tinggi, kram menstruasi, sakit di tangan/kaki, insomnia, dan kecemasan. Titik LV3 berada di mata kaki tepatnya titik ini terletak di antara jari kaki jempol dan telunjuknya. Cara mencari lokasi titik dengan mengukur sepanjang dua jari di atas kulit yang menyatukan jari kaki pertama dan kedua. 13 Tekan dengan kuat menggunakan benda tumpul.



Gambar 2.11 Titik Liver (LV3)

Sumber : Kurniawan, (2020).

2. Konsep Slow Stroke Back Massage

a. Definisi

Massage merupakan salah satu manajemen nyeri non farmakologi untuk membuat tubuh menjadi rileks, bermanfaat mengurangi rasa sakit atau nyeri, menentramkan diri, relaksasi, menenangkan saraf dan menurunkan tekanan darah (Nurlathifah, 2022).

Terapi *Slow stroke back massage* (SSBM) merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat memperbaiki peredaran darah, merilekskan ketegangan pada otot-otot, mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi fisik serta psikologis. SSBM adalah tindakan pijat lembut pada punggung dengan usapan yang perlahan selama 3-10 menit. Pijat punggung memiliki efek relaksasi yang kuat dan, apabila dilakukan oleh orang lain yang penuh perhatian sehingga dapat memberikan rasa nyaman. Massage pada punggung, bahu, lengan dan kaki selama 3 sampai 5 menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan (Potter & Perry, 2017).

b. Manfaat Slow Stroke Back Massage

Menurut Maryunani (2020, dalam Nurlathifah, 2022) manfaat dari terapi pijat yaitu:

- 1) Mengurangi ketegangan otot
- 2) Meningkatkan sirkulasi darah.
- 3) Meningkatkan mobilitas dan rentang kemampuan gerak persendian.
- 4) Merangsang dan meningkatkan sistem saraf
- 5) Meningkatkan kondisi kulit
- 6) Memperbaiki pencernaan dan fungsi usus
- 7) Mengatasi nyeri akut dan kronis
- 8) Mengurangi pembengkakan, mengurangi stres, menimbulkan relaksasi, memperbaiki sistem imunitas, dan meningkatkan kualitas hidup secara umum.

c. Teknik Dasar

Menurut Rianto (2016, dalam Nurlathifah, 2022) teknik-teknik dasar massage yaitu:

- 1) Perkusi, jari-jari pemijat memukul permukaan tubuh pasien. Pada umumnya perkusi dilakukan dengan pinggir tangan dengan gerakan mencincang dengan cepat, meskipun pukulan-pukulan tersebut tidak keras. Tipe gerakan ini di gunakan pada tempat-tempat seperti pantat, paha, pingang, atau bahu dimana terdapat bentangan daging yang luas
- 2) Friksi, pijatan friksi digunakan untuk menembus jaringan otot dalam dengan cara menekan. Friksi sering digunakan pada para penari atlet yang mengalami gangguan pada 26 jaringan ikat dan urat yang rusak. Teknik ini dapat merangsang aliran darah sehingga gerakan persendian dapat membaik.
- 3) Effleurage, dilakukan secara pelan, berirama, dan terkendali dengan menggunakan kedua tangan bersamaan dengan sebuah ruang kecil diantara kedua ibu jari. Pengurutan-pengurutan kecil yang menggelinding memiliki efek relaksasi pada susunan saraf dan dapat mengurangi nyeri.
- 4) Petrissage, dengan meremas sangat cocok untuk mengatasi otot sakit atau tegang, khususnya otot trapesium antara leher dan bahu. Tindakan meremas dilakukan cukup dalam merangsang getah bening untuk membuang tumpukan asam.

Menurut Nurlathifah, (2022) teknik pijat punggung meliputi:

- 1) Posisikan pasien senyaman mungkin (duduk atau tidur dengan posisi miring ataupun tengkurap)
- 2) Pijat Mengusap seluruh bagian punggung, gunakan kedua tangan usap mulai dari punggung bawah, jari-jari mengarah ke kepala dan lakukan usapan melebar ke bahu, lakukan gerakan ini beberapa kali untuk merangsang relaksasi, dan membiasakan pasien dengan tangan anda.

- 3) Lakukan usapan keluar punggung mulai dari pinggang sampai punggung
- 4) Lakukan gerakan friksi (menekan) dengan meletakkan kedua ibu jari diantara kedua sisi tulang belakang dan lakukan mulai dari pinggang sampai atas bahu, lakukan dengan perlahan.
- 5) Lakukan gerakan ironing yaitu dengan menekan bagian punggung dengan tangan ke arah atas menuju bahu
- 6) Lakukan masssage pada lingkaran bahu lakukan dan meremas dengan menggunakan kedua tangan di sekitar bidang bahu
- 7) Lakukan pelepasan leher pijat bagian leher dengan kedua tangan sesuai dengan kontur leher pasien dengan pelan dan lembut.
- 8) Lakukan pelepasan punggung dengan menggunakan gerakan effleurage (mengusap dengan telapak tangan)

D. Jurnal Terkait

Tabel 2.3 Jurnal Penelitian Terkait

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis)	Hasil
1	Pengaruh Penerapan Terapi Akupresur terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea (SC) (Eddi dan Fitriana, 2023)	D : Quasy eksperiment two group pre test-post test S : 32 pasien post sectio caesaria V : Akupresur, Nyeri, Post Partum A : uji Wilcoxon dan uji Mann Whitney.	Hasil analisis menggunakan uji statistik uji Wilcoxon Asymp. Sig. (2-tailed) atau p-value sebesar 0,000. Karena nilai $0,000 < 0,05$, artinya ada perbedaan antara tingkat nyeri pretest dan posttest pada kelompok kontrol. Hasil analisis menggunakan uji statistik uji Wilcoxon Asymp. Sig. (2-tailed) atau p-value sebesar 0,000. Karena nilai $0,000 < 0,05$, maka H_0 ditolak, H_1 diterima yang artinya ada perbedaan yang bermakna antara tingkat nyeri

			pretest dan posttest pada kelompok intervensi.
2	Narrative review: Terapi komplementer alternatif akupresur dalam menurunkan tingkat nyeri (Kurniawan, 2021)	D : Narrative review S : Pasien dengan nyeri akut maupun kronik dengan mengambil 25 jurnal elektronik internasional untuk di review V : Akupresur, tingkat nyeri A : Review dokumentasi	Dari 25 jurnal dalam literature review ini, terdapat 18 jurnal yang meneliti akupresur dalam menurunkan nyeri pada saat proses pemulihan pasca operasi. Penelitian ini menjelaskan akupresur pada titik LI4 dapat menurunkan nyeri. Kesimpulan : Akupresur merupakan terapi komplementer alternatif yang efektif dalam menurunkan tingkat nyeri akut maupun kronis sehingga dapat mengurangi penggunaan obat-obat farmakologi yang mempunyai efek samping.
3	Perbedaan intensitas nyeri antara pemberian terapi back massage dengan relaksasi genggam jari pada pasien post laparatomi (Tiara, Isnaeni & Joko, 2020)	D : Comparative study, two group pre test - post test without control design S : 34 pasien post laparatomi. V : Post Laparatomi, Intensitas Nyeri, Terapi Back Massage, Relaksasi Genggam Jari A : uji statistik paired t tes.	Hasil uji statistik paired t test menunjukkan bahwa terdapat perbedaan intensitas nyeri yang signifikan sebelum dan sesudah terapi back massage dan relaksasi genggam jari dengan p-value=0,000 (p<0,05) yang berarti terapi dan relaksasi ini mampu menurunkan intensitas nyeri. Dengan demikian terapi back massage dan relaksasi genggam jari dapat menjadi referensi dan intervensi keperawatan dalam penanganan pasien post operasi khususnya Laparatomi

4	The effectiveness of hand massage therapy in reducing pain intensity among patients with post-laparotomy surgery (Wiwin, Nurhayati & Henni, 2021)	<p>D : quasi eksperimen, pre-test dan post-test</p> <p>S : 15 pasien post laparatomi.</p> <p>V : Nyeri akut, terapi massage, laparatomi</p> <p>A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.</p>	<p>frekuensi nyeri responden sebelum diberikan terapi hand massage rata-rata berada pada intensitas nyeri berat (53.3%). Sebaliknya, intensitas nyeri menjadi nyeri ringan (86.7%) setelah responden diberikan terapi hand massage. Pada hasil analisis bivariat ditemukan bahwa ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri setelah pemberian terapi hand massage pada responden. Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan kepada petugas pelayanan kesehatan terutama perawat agar dapat memberikan terapi hand massage ini sebagai salah satu terapi non-farmakologis dalam upaya perawatan pasien post bedah dengan masalah nyeri akut.</p>
---	---	---	---

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang Pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan (Susanto, 2023)

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, no rekam medis.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Keluhan utama yang paling dirasakan oleh pasien post laparatomi adalah nyeri

2) Keluhan utama saat pengkajian

Menurut Aprilia & Nugraha, (2020) pasien dengan post laparatomi mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST yaitu :

a) P (Provokatif atau Paliatif)

Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post laparatomi biasanya Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila Pasien bergerak atau batuk dan nyeri berkurang bila pasien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat.

b) Q (*Quality* dan *Quantity*)

Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana Pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan Pasien. Pada Pasien post laparatomi biasanya merasakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala ≥ 5 (0-10), panas, perih seperti kesemutan. dan biasanya membuat Pasien kesulitan untuk beraktivitas.

c) R (*Regional* atau area radiasi)

Yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka post operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen.

d) S (Skala, *Severity*)

Yaitu 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)

Yaitu 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

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

a) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan

b) Aktivitas sehari-hari

Perbandingan kebiasaan di rumah dan di rumah sakit, apakah terjadi gangguan atau tidak. Kebiasaan sehari-hari yang perlu dikaji meliputi: makan, minum, eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), istirahat tidur, personal hygiene, dan ketergantungan. Biasanya Pasien kesulitan melakukan aktivitas, seperti mengalami penurunan makan dan minum, istirahat tidur sering terganggu, BAB dan BAK mengalami penurunan, personal hygiene kurang terpenuhi.

4) Pemeriksaan fisik kasus laparotomi

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post laparotomi, antara lain, sebagai berikut (Muayanah & Astutiningrum, 2022).

a) Kondisi umum

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

b) Sistem pernafasan

Menilai dan melaporkan inspeksi dada dalam keadaan statis (bentuk dada, kelainan dinding dada) dan dinamis (keterlambatan gerak, retraksi). Adanya gangguan respirasi ditandai dengan

peningkatan frekuensi nafas. Pasien post laparatomi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan 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

Terdapat luka post laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post laparatomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsurangsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual.

e) Sistem persarafan

Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada Pasien post laparatomi pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan.

f) Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien post laparatomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin.

g) Sistem genetalia

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien post laparatomi. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal post laparatomi (biasanya pasien dipuasakan).

h) Sistem muskuloskeletal

Pasien post laparatomi dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri post operasi pada abdomen dan

efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekakuan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsurangsur.

i) Sistem integumen

Terdapat luka post 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.

5) Riwayat psikologi

Menurut Aprilia & Nugraha, (2020) biasanya pasien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas.

a) Data psikologi

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

b) Data sosial

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

c) Data spiritual

Kaji Pandangan pasien terhadap penyakitnya, dorongan semangat dan keyakinan pasien akan kesembuhannya dan secara umum pasien berdoa untuk kesembuhannya. Biasanya aktivitas ibadah pasien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka post operasi.

6) Hasil pemeriksaan diagnostik

Menurut Aprilia & Nugraha, (2020) semua prosedur diagnostik dan lab 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 merupakan tanda adanya infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa post operasi dalam SDKI, (2018) yang mungkin muncul adalah:

- a. Nyeri akut

Tabel 2.4 Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Definisi Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	
Penyebab 1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) 3) Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif 1) Mengeluh nyeri	Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berfikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis
Kondisi klinis Terkait 1) Kondisi pembedahan 2) Cedera traumatis 3) Infeksi 4) Sindrom koroner akut 5) Glaukoma	

b. Kerusakan Integritas Kulit/Jaringan

Tabel 2.5 Diagnosa Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit

Definisi Gangguan integritas kulit/jaringan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen).	
Penyebab 1) Perubahan sirkulasi 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3) Kekurangan/kelebihan volume cairan 4) Penurunan mobilitas 5) Bahan kimia iritatif 6) Suhu lingkungan yang ekstrim 7) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) 8) Efek samping terapi radiasi 9) Kelembaban 10) Proses penuaan 11) Neuropati perifer 12) Perubahan pigmentasi 13) Perubahan hormonal 14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif 1) Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit.
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif 1) Nyeri 2) Perdarahan 3) Kemerahan 4) Hermatoma
Kondisi klinis Terkait 6) Kondisi pembedahan 7) Cedera traumatis 8) Infeksi 9) Sindrom koroner akut 10) Glaukoma	

3. Perencanaan Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Tujuan : Tingkat Nyeri (L.08066)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil:

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

5) Kesulitan tidur menurun

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

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

Manajemen Nyeri (I.08238)
Definisi Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.
Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Kerusakan Integritas Kulit/Jaringan

Tujuan : Integritas kulit membaik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Elastisitas meningkat
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 3) Perdarahan menurun
- 4) Nyeri menurun
- 5) Pertumbuhan granulasi meningkat

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

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit/Jaringan

Perawatan Integritas (I.14539)
Definisi Perawatan integritas kulit adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan merawat kulit pasien untuk menjaga keutuhan, kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme.
Observasi 1. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi (kemerahan, edema, nyeri, dan cairan pada luka)
Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Bilas dengan NaCl 0,9% dan keringkan 6. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 7. Pasang balutan sesuai jenis luka
Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat antibiotik

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Aprilia & Nugraha, 2020). Implementasi pada pasien pasca operasi laparotomi dilakukan 3-5 hari (Ramadhania, 2022). Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut dengan pemberian intervensi nonfarmakologis berupa intervensi akupresur dan *slow stroke back massage* pada pasien post laparotomi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan nonfarmakologi relaksasi otot progresif untuk mengatasi nyeri akut. Evaluasi dilihat berdasarkan luaran Tim Pojka DPP PPNI, (2018) yaitu diagnosa nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian intervensi nonfarmakologis berupa intervensi akupresur dan *slow stroke back massage* : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.