

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Dasar Masalah

1. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi nyeri

Menurut Kumar dan Elavarasi (2016), nyeri merupakan sebagai suatu keadaan dimana pengalaman individu dan melaporkan ketidaknyamanan atau sensasi yang tidak nyaman sehingga rasa nyeri dapat dilaporkan secara verbal atau dikodekan oleh deskriptor. 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 suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Saifullah, 2020). Nyeri menurut Rospond (2020) merupakan sensasi yang penting bagi tubuh. Sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan, dan nyeri merupakan hasil stimulasi reseptor sensorik, provokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau menderita.

b. Etiologi nyeri

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri fisik dan nyeri psikis. Nyeri secara fisik timbul karena adanya trauma (baik trauma mekanik, kimiawi, maupun elektrik) hal ini dapat menimbulkan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri, serabut saraf ini terletak pada pada lapisan kulit sehingga menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Sedangkan nyeri psikologis merupakan nyeri yang dirasakan timbul akibat persepsi pasien atau trauma psikologis yang dialami pasien sehingga dapat mempengaruhi fisik (Kozier & Erb, 2021).

c. Patofisiologis

Menurut Kozier & Erb (2021) patofisiologis dari nyeri terbagai menjadi 3 bagian :

a. Mekanisme neurofisiologi nyeri

Sistem saraf pusat yang mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nosiseptif. Sensitivitas dari komponen system nosiseptif dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang berbeda diantara individu dengan individu lainnya. Maka dari itu respon yang dialami seseorang terhadap nyeri bisa berdeda satu sama lain.

b. Transmisi nyeri

Reseptor nyeri pada manusia yaitu ujung saraf bebas yang terdapat dalam kulit, reseptor ini merespon hanya pada stimulus yang kuat dan adanya potensial merusak, bersifat mekanik, termal, dan kimia. Adapun sendi, otot, fasia, tendon, dan kornea juga merupakan reseptor nyeri yang mempunyai potensi untuk mentransmiter yang menstimulus sehingga terjadi nyeri yang menyebabkan nyeri.

c. Kornu Dorsalis dan Jaras Asenden

Kornus dorsalis bagian dari *medulla spinalis* dianggap sebagai tempat yang merespon nyeri, serabut perifer (seperti reseptor nyeri) dan serabut traktus sensori asenden berakhir disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neuronal desenden dan traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Black & Hawks, 2014) variabel berikut ini yang mempengaruhi respon nyeri:

a. Usia

Usia dapat mempengaruhi nyeri pada seseorang dengan bertambahnya usia seseorang biasanya dapat mengontrol nyeri yang dirasakan. Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia tersebut dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri (Potter & Perry, 2010).

Lansia cenderung untuk mengabaikan nyeri dan menahan nyeri yang berat dalam waktu yang lama sebelum melaporkannya atau mencari perawatan kesehatan (Rahmayati et al., 2018) sedangkan pada anak-anak, mereka merasa sulit dalam mengenal makna nyeri dan prosedur yang dilaksanakan oleh tenaga medis. Kemampuan kosakata yang belum berkembang menimbulkan rasa sulit dalam menjelaskan dan mengekspresikan nyeri secara verbal pada orangtua maupun tenaga medis (Sitepu, 2019). Usia dewasa awal atau dewasa dini terjadi penurunan fisiologis sehingga pada usia ini lebih cenderung berhubungan dengan operasi, penyakit, dan rasa nyeri (Potter & Perry, 2010). Usia mempengaruhi respon atau cara bereaksi terhadap nyeri misalnya pada anak-anak dan lansia. Usia lansia lebih siap untuk menerima dampak dan efek dari tindakan operasi dibandingkan usia dewasa.

Rahmayati dkk (2018) mengatakan bahwa usia dewasa dini lebih merasakan nyeri dibandingkan dengan usia lansia dikarenakan lansia cenderung untuk mengabaikan dan menahan nyeri yang berat dalam waktu yang lebih lama dibandingkan dengan usia dewasa sebelum lansia melaporkannya atau mencari perawatan kesehatan.

b. Kelemahan

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi di sepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri terkadang jarang dialami setelah tidur/istirahat cukup dari pada diakhir hari yang panjang (Potter & Perry, 2020)

c. Jenis kelamin

Berdasarkan penelitian tidak adanya perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan, namun beberapa budaya beranggapan bahwa laki-laki lebih berani dan dapat menahan rasa nyeri dibandingkan perempuan. Laki-laki dapat mengabaikan rasa nyeri karena mengakui nyeri dapat dianggap sebagai tandai kelemahan atau kegagalan. Jenis kelamin dipengaruhi oleh faktor budaya dalam mengekspresikan nyeri, beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap seorang laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

Demografis seperti usia, jenis kelamin, ras dan etnis semua telah dilaporkan mempengaruhi nyeri persepsi. Secara keseluruhan, pasien yang mengidentifikasi sebagai wanita menampilkan sensitivitas lebih dari pada laki-laki menuju yang paling menyakitkan kondisi. Wanita juga percaya untuk mengekspresikan rasa sakit mereka lebih sering dan efektif daripada laki-laki (Jacksonville, 2017).

d. Lingkungan

Lingkungan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, biasanya lingkungan yang rebut dapat menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu untuk mengatasi nyeri. Budaya juga mempengaruhi ekspresi nyeri. Beberapa budaya percaya bahwa menunjukkan rasa sakit merupakan suatu hal yang wajar. Sementara yang lain cenderung lebih tertutup untuk

merespon nyeri, mereka takut dianggap lemah jika menunjukkan rasa nyeri tersebut (Potter & Perry, 2010). Suku budaya mengajarkan kebiasaan yang berbeda-beda begitu pula bagaimana budaya mengajarkan klien merasakan sakit (Febriaty, 2021). Selain itu, nilai-nilai dan kepercayaan terhadap budaya mempengaruhi bagaimana individu mengatasi rasa sakitnya (Potter & Perry, 2010).

e. Ansietas

Kecemasan biasanya meningkatkan rasa sakit seseorang. Untuk mengelola emosi, stimulant nyeri melibatkan area limbik. Sistem limbik dapat menangani respon emosional terhadap rasa sakit, seperti peningkatan rasa sakit atau penghilang rasa sakit.

f. Pengalam Sebelumnya

Riwayat operasi akan memengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri pada masa kanak-kanak dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri. Individu yang mengalami pengalaman buruk sebelumnya mungkin menerima episode selanjutnya dengan lebih intens meskipun dengan kondisi medis yang sama. Sebaliknya, seseorang mungkin melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya. Meskipun demikian, tidak benar adanya bahwa semakin sering kita mengalami nyeri, semakin terbiasa kita menghadapinya. Pada kenyataannya, kita mungkin akan lebih cemas dan mengharapkan nyeri reda dengan cepat untuk menghindari kesakitan yang pernah dialami sebelumnya.

e. Respon Nyeri

Perilaku non verbal yang mengindikasikan nyeri menurut Black dan Hawks (2014) 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
Interaksi Sosial	Diam, menarik diri, tingkat perhatian menurun, fokus pada standar meredakan nyeri
Emosi	Agresif, bingung, rewel, sedih, iritabilitas
Tidur	Meningkat, karena kelelahan Menurun karena sering terbangun

Sumber: Black dan Hawks (2014)

Bersamaan dengan naiknya impuls-impuls nyeri ke *medula spinalis* hingga mencapai batang otak dan thalamus, 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, et all. 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 dan Hawks (2014)

Respon fisiologis terhadap nyeri

a. Stimulasi Simpatik: (nyeri ringan, moderat, dan superficial).

- 1) Dilatasi saluran bronchial dan peningkatan respirasi rate.
- 2) Peningkatan heart rate.
- 3) Vasokonstriksi perifer, peningkatan *blood pressure*.
- 4) Peningkatan nilai gula darah.
- 5) Peningkatan kekuatan otot.
- 6) Dilatasi pupil.
- 7) Penurunan motilitas GI.

2) Stimulus Parasimpatik (nyeri berat dan dalam).

- 1) Muka pucat.
- 2) Otot mengeras.
- 3) Penurunan *heart rate* dan *blood pressure*.
- 4) Nafas cepat dan irregular.
- 5) Nausea dan vomitus (mual & muntah).
- 6) Kelelahan dan keletihan.

Respon tingkah laku terhadap nyeri

- 1) Pernyataan verbal (mengaduh, menangis, sesak napas, mendengkur).
- 2) Ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir).
- 3) Gerakan tubuh (gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan).
- 4) Kontak dengan orang lain/ interaksi sosial (menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, penurunan rentang perhatian, fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri).

Respon tubuh terhadap nyeri ada 3 tahap, yaitu:

1) Tahap aktivasi

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

2) Tahap pemantulan (*rebound*)

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.

3) Tahap adaptasi (*adaption*)

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.

f. Klasifikasi nyeri pada pasien laparatomi

a. Klasifikasi nyeri

Menurut Koziar, et all. (2021) nyeri dapat digambarkan dalam hal durasi, lokasi, atau etiologinya. Saat nyeri hanya berlangsung selama periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai nyeri akut dan nyeri kronik. Nyeri dapat dikategorikan sesuai dengan asalnya sebagai nyeri kutaneus, somatic profunda, atau visceral. Nyeri dapat digambarkan sesuai dengan tempat dirasakannya nyeri tersebut yaitu nyeri menjalar, nyeri tak tertahankan, nyeri bayangann, dan nyeri neuropatik.

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2018). Nyeri pada pasien laparatomi termasuk dalam kategori nyeri akut.

2) Nyeri kronis

Nyeri Kronis berlangsung lama, biasanya bersifat kambuhan atau menetap selama 6 bulan atau lebih, dan mengganggu fungsi tubuh. Sifat dari nyeri kronis adalah konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu dengan intensitas yang

bervariasi. Dalam pemeriksaan tanda vital sering kali didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dilatasi pupil. Respon psikologi yang sering dialami oleh pasien dengan nyeri kronis adalah seperti rasa keputusasaan, perilaku menarik diri, mudah tersinggung, marah dan tidak tertarik pada aktivitas fisik. Contoh dari nyeri kronis adalah nyeri kanker, artritis dan neuralgia trigeminal.

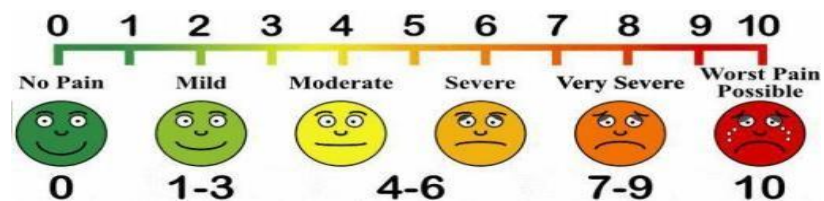
- 3) Nyeri kutaneus : berasal di kulit atau jaringan subkutan. Teriris kerta yang menyebabkan nyeri tajam dengan sedikit rasa terbakar adalah contoh dari nyeri kutaneus.
- 4) Nyeri somatik profunda : berasal dari ligament, tendon, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Nyeri ini menyebar dan cenderung berlangsung lebih lama dibandingkan kutaneus.
- 5) Nyeri visceral : berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan toraks. Nyeri visceral cenderung menyebar dan seringkali terasa seperti rasa terbakar, nyeri tumpul, atau merasa tertekan. Nyeri visceral seringkali disebabkan oleh peregangan jaringan, iskemia, atau spasme otot.
- 6) Nyeri menjalar, adalah nyeri yang dirasakan di sumber nyeri dan meluas ke jaringan-jaringan di sekitarnya. Misalnya, nyeri jantung tidak hanya dapat dirasakan di dada tetapi juga dirasakan di sepanjang bahu kiri dan turun ke lengan
- 7) Nyeri tak tertahankan, adalah nyeri yang sangat sulit untuk diredakan. Salah satunya adalah nyeri akibat keganasan stadium lanjut.
- 8) Nyeri neuropatik, adalah nyeri akibat kerusakan sistem saraf tepi atau sistem saraf pusat di masa kini atau masa lalu.
- 9) Nyeri bayangan, adalah sensasi nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang telah hilang (mis, kaki yang telah diamputasi).

g. Alat Ukur Nyeri

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

1) *Face Rating Scale (FRS)*

Pengukuran intensitas nyeri dapat menggunakan face ratingscale yaitu terdiri enam wajah kartun mulai dari wajah yang tersenyum untuk “tidak ada nyeri” hingga wajah yang menangis untuk “nyeri berat” (Zakiyah, 2015) .

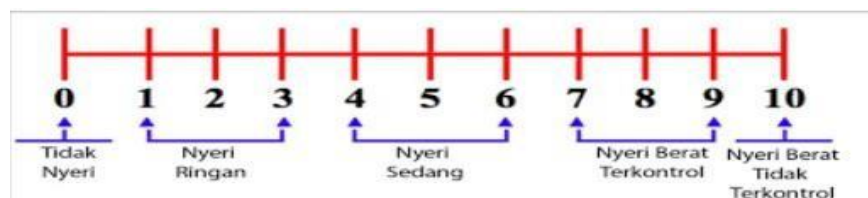


Gambar 2.1 *Face Rating Scale*

Sumber: (Zakiyah, 2015)

2) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10. Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas terapeutik (Zakiyah, 2015).



Gambar 2.2 *Numeric Rating Scale*

Sumber: (Zakiyah, 2015)

Tabel 2.3 Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10

Skala	Karakteristik Nyeri
0	Tidak ada rasa sakit dan merasa normal
1	Sangat sedikit gangguan, kadang terasa seperti tusukan kecil
2	Gangguan cukup dihilangkan dengan pengalihan perhatian seperti cubitan ringan pada kulit
3	Nyeri dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti suntikan oleh dokter
4	Nyeri yang dalam, dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti sakit gigi atau sengatan lebah
Skala	Karakteristik Nyeri
5	Rasa nyeri yang menusuk, tidak bisa diabaikan lebih dari 30 menit, seperti kaki terkilir
6	Rasa nyeri dalam dan menusuk, tidak bisa diabaikan untuk waktu yang lama, tapi masih bisa bekerja
7	Sulit untuk berkonsentrasi, dengan diselangai istirahat/tidur anda masih bisa bekerja
8	Nyeri akut dan lama, beberapa aktivitas fisik terbatas. Anda masih bisa membaca dan berbicara dengan usaha. Merasakan mual dan pusing kepala/pening
9	Tidak bisa berbicara, menangis, mengerang, dan merintih tak dapat dikendalikan, penurunan kesadaran, mengigau
10	Tidak sadrkan diri/pingsan

Numerical Rating Scale (NRS) terdiri dari sebuah garis horizontal yang dibagi secara rata menjadi 10 segmen dengan nomer 0 sampai 10. Pasien diberi tahu bahwa 0 menyatakan “tidakada nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat bayangkan”. Pasien kemudian diminta untuk menandai angka yang menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang mereka rasakan pada suatu waktu.

h. Penatalaksanaan Nyeri

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

1) 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 (Helmi, 2020). Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri (Helmi, 2020). Ada tiga jenis analgesik menurut Helmi (2020) yaitu :

- a) 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.
- b) 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.
- c) Obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesi

2) Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Nur'aeni (2021), 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.

Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obatobatan Salah satu tanggung jawab perawat paling dasar adalah melindungi klien/pasien dari bahaya. Ada sejumlah terapi non farmakologi yang mengurangi resepsi dan persepsi nyeri yang dapat digunakan pada keadaan perawatan akut, perawatan tersier dan pada keadaan perawatan restorasi.

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Tamsuri (2021) 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 Menurut Tamsuri (2021) 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.
- 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

Menurut Tamsuri (2021) 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 berangsurangsur, hal tersebut dapat menurunkan rasa nyeri, ventilasi paru dapat meningkat dan oksigen darah meningkat (Asti Aristi, 2021). Tujuan teknik relaksasi menurut Asti Aristi (2021) 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).

Hand massage memiliki beberapa manfaat diantaranya melancarkan sirkulasi darah, merangsang produksi hormone endorphine, memperbaiki fungsi saraf, meningkatkan energi, relaksasi dan rekreasi, meredakan sakit kepala, stimulasi sistem saraf, mempercepat penyembuhan luka, melepaskan racun, mengurangi gejala pra-menstruasi dan menstruasi, dan penyembuhan penyakit (Setiawan, 2023).

2. Konsep Dasar Laparatomi

a. Definisi laparatomi

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

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

3. Indikasi laparatomi

- 1) Trauma abdomen, trauma abdomen (tumpul atau tajam) Trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau yang menusuk (Ignaticus, 2020). Dibedakan atas 2 jenis yaitu :
 - a) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritonium) yang disebabkan oleh : luka tusuk, luka tembak.

- b) Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang dapat disebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (*sit-belt*).

2) Peritonitis

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

3) Perdarahan saluran pencernaan

Perdarahan saluran pencernaan adalah kondisi ketika saluran cerna mengalami perdarahan. Perdarahan yang terjadi bisa sedikit dan sulit dideteksi, atau sangat banyak dan sampai membahayakan jiwa. Saluran pencernaan terbagi menjadi dua, yaitu saluran pencernaan atas dan saluran pencernaan bawah. Saluran pencernaan atas meliputi kerongkongan (esofagus), lambung, dan usus dua belas jari (duodenum). Sedangkan saluran pencernaan bawah terdiri dari usus halus, usus besar, dan dubur.

4) Sumbatan pada usus besar

Obstruksi usus dapat didefinisikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangannya lambat. Sebagian dasar dari obstruksi justru mengenai usus halus.

Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa perlengketan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat

atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), Intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup kedalam bagian lain yang ada dibawahnya akibat penyempitan lumen usus), Volvulus (usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri dengan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protrusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding dan otot abdomen), dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus) (Ignatovicus, 2020).

5) Massa pada abdomen

Massa pada abdomen adalah pertumbuhan abnormal di perut. Hal ini menyebabkan pembengkakan yang terjadi dapat mengubah bentuk perut dan biasanya akan terjadinya penambahan berat badan, dan gejala seperti nyeri, dan kembung.

6) Appendisitis mengacu pada radang appendiks

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

4. Penatalaksanaan/jenis-jenis tindakan

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

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

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

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Wong, 2021) sebagai berikut:

- 1) 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.
- 2) Laboratorium: hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
- 3) Radiologik : bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.
- 4) IVP/sistogram : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
- 5) 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
- 6) Lavase peritoneal : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritoneum.

e. Komplikasi paska operasi

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

f. Konsep nyeri laparatomi

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

Nyeri pada laparatomi sering ditemukan dalam tingkat nyeri berat dan sedang karena rusaknya integument, serta jaringan otot yang menimbulkan efek nyeri yang lebih lama pada masa pemulihan (Coccolini et al., 2022; dalam Bintari, 2022).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Post Laparatomi

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali membaik.

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 (Ramadhania, 2022; & Syafahrahman, 2022).

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 medrec.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Keluhan utama yang paling dirasakan oleh pasien post op laparatomi adalah nyeri.

2) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien dengan post operasi laparatomi mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST. Teknik PQRST menurut Aprilia (2020), yaitu:

a) P (Provokatif atau Paliatif)

Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post operasi laparatomi biasanya Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila Pasien bergerak atau batuk dan nyeri 19 berkurang bila Pasien

tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

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 operasi laparatomi biasanya merasakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala ≥ 5 (0-10), panas, perih seperti kesemutan. dan biasanya membuat Pasien kesulitan untuk beraktivitas (Aprilia, 2020; Nugraha, 2020).

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 (Nugraha, 2020).

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 (Nugraha, 2020).

e) T (*Timing*)

Yaitu kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut (Nugraha, 2020).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

a) Jika mengidap penyakit menular, buat struktur keluarga yang tinggal serumah.

b) Jika ada riwayat penyakit keturunan, buat genogram 3 generasi. (Nugraha, 2020).

5) 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 (Nugraha, 2020).

6) Pemeriksaan fisik kasus laparatomi

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post laparatomi, antara lain, sebagai berikut.

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 operasi laparatomi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri (Aprilia, 2020).

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 (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

d) Sistem pencernaan

Terdapat luka post operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post operasi laparatomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual (Aprilia, 2020).

e) Sistem persyarafan

Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada Pasien post operasi laparatomi pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

f) Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien post operasi laparatomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin (Aprilia, 2020).

g) Sistem genetalia

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien post operasi laparatomi. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal post operasi laparatomi (biasanya pasien dipuaskan) (Aprilia, 2020).

h) Sistem musculoskeletal

Pasien post operasi laparatomi dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri post operasi pada abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekauan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur (Aprilia, 2020).

i) Sistem integument

Terdapat luka post operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Karakteristik luka

tergantungan pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral. (Aprilia, 2020).

j) Sistem pendengaran/THT

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Schwabach. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran (Aprilia, 2020).

k) Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Pada pasien post operasi laparatomi biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan (Aprilia & Nugraha, 2020).

7) Riwayat psikologi

a) Data psikologi

Biasanya pasien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas (Nugraha, 2020).

b) Data sosial

Kaji hubungan pasien dengan keluarga, pasien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya pasien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar (Nugraha, 2020).

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 (Nugraha, 2020)

8) Hasil pemeriksaan diagnostik

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. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan (Budiono, 2016). Diagnosa yang muncul pada pasien post laparotomi adalah sebagai berikut Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa yang mungkin muncul dari standar diagnosa keperawatan Indonesia (2017) dengan masalah post apendiktomi adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
- b. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (D.0129)
- c. Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh (D.0143)
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142)

Tabel. 2.3
Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Gejala	
	Tanda Mayor	Tanda Minor
<p>Nyeri akut (D.0077) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kondisi pembedahan 2) Cedera traumatis 3) Infeksi 4) Sindroma koroner akut 5) glaukoma 	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) sulit tidur 	<p>Subjektif :-</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis 8) Tekanan darah meningkat 9) Pola napas berubah 10) Nafsu makan berubah 11) Proses berpikir terganggu 12) Menarik diri 13) Berfokus pada diri sendiri 14) Diaforesis
<p>Gangguan integritas jaringan (D.0129) Definisi : Kerusakan jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kelebihan/kekurangan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) 8. Efek samping terapi radiasi 	<p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan 	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perdarahan 2) Kemerahan 3) Hermatoma <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri

<p>9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan</p> <p>Kondisi Klinis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Stroke 2) Cedera medula spinalis 3) Trauma 4) Fraktur 5) Osteoarthritis 6) Keganasan 		
<p>Risiko Jatuh (D.0143)</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.</p> <p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia \geq 65 tahun (pada dewasa) atau \leq 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum) 	<p>Subjektif: <i>(tidak tersedia)</i></p> <p>Objektif : <i>(tidak tersedia)</i></p>	<p>Subjektif : <i>(tidak tersedia)</i></p> <p>Objektif <i>(tidak tersedia)</i></p>

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang akan dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan pasien, keluarga dan komunitas (PPNI 2018). Intervensi yang sesuai dengan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.4
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. tarik napas dalam, terapi musik). - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. - Fasilitasi istirahat dan tidur. - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>

2.	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (D.0129)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Perdarahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Pertumbuhan granulasi meningkat 	<p>Perawatan integritas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka pada Ny.A (Luka jahitan operasi, drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi pada Ny.A <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan melepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl 3. Bersihkan jaringan nekrotik (Sel mati/kulit mati) 4. Bilas dengan NaCl 0,9% dan keringkan dengan kasa 5. Basahi Kassa dengan madu sampai lembab, tempelkan pada luka sampai seluruh luka tertutup 6. Basahi Kassa dengan NaCl 0,9% sampai lembab, tempelkan pada luka sampai seluruh luka tertutup 7. Balut luka dengan Kasa gulung <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
3.	Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh (D.0143)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang) 4. Monitor kemampuan miring kiri dan kanan atau berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasang handrail tempat tidur 3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 5. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 6. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : (L.14137) <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Bengkak menurun 4. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan luka - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan mencuci tangan yang benar - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <p>Anjurkan pemberian imunisasi, jika perlu</p>

Sumber : SLKI,SIKI (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan (SIKI, 2018).

Implementasi adalah perincian dan pelaksanaan rencana menyusun yang disusun dalam tahap perencanaan. Dengan berfokus pada keseimbangan fisiologis, aktivitas perawat membantu pasien meningkatkan kualitas hidup mereka dalam sehat dan sakit. Jenis kegiatan yang disiapkan pada tahap perencanaan. Kesadaran ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kerjasama, dan directionality/ketergantungan. Implementasi aktivitas keperawatan yang tepat. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisi saat ini (Desmawati, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2017). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif.

D. Konsep Intervensi *Hand Massage*

1. Definisi *Hand Massage*

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).

Hand massage memiliki beberapa manfaat diantaranya melancarkan sirkulasi darah, merangsang produksi hormone endorphine, memperbaiki fungsi saraf, meningkatkan energi, relaksasi dan rekreasi, meredakan sakit kepala, stimulasi sistem saraf, mempercepat penyembuhan luka, melepaskan racun, mengurangi gejala pra-menstruasi dan menstruasi, dan penyembuhan penyakit (Setiawan, 2023).

2. Tujuan *Hand Massage*

Hand Massage memiliki beberapa manfaat diantaranya melancarkan sirkulasi darah, merangsang produksi hormone endorphine, memperbaiki fungsi saraf, meningkatkan energi, relaksasi dan rekreasi, meredakan sakit kepala, stimulasi sistem saraf, mempercepat penyembuhan luka, melepaskan racun, mengurangi gejala pra-menstruasi dan menstruasi, dan penyembuhan penyakit. Hadibroto I yang dikutip dari Azizah, (2016) berpendapat bahwa banyak manfaat dari *massage*, diantaranya adalah:

- a. Mengurangi ketegangan otot.
- b. Meningkatkan sirkulasi darah.
- c. Meningkatkan mobilitas dan rentang kemampuan gerak persendian.
- d. Merangsang dan meningkatkan sistem saraf
- e. Meningkatkan kondisi kulit.
- f. Memperbaiki pencernaan dan fungsi usus
- g. Mengatasi nyeri akut dan kronis

- h. Mengurangi pembengkakan, mengurangi stres, menimbulkan relaksasi, memperbaiki sistem imunitas, dan meningkatkan kualitas hidup secara umum. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

3. Teknik *Hand Massage*

Menurut Rianto (2020) dikutip dalam Setiawan, (2023) terdapat berbagai macam teknik - teknik dasar massage, meliputi :

a. Perkusi (memukul)

Jari-jari pemijat memukul permukaan tubuh pasien. Pada umumnya teknik perkusi dilakukan dengan pinggir telapak tangan dengan gerakan mencincang dengan cepat, walaupun pukulan tersebut tidak begitu keras. Tipe gerakan ini di gunakan diberbagai tempat seperti pantat, paha, pingang, atau bahu dimana terdapat bentangan tubuh yang luas.

b. Friksi (tekanan)

Pijatan friksi atau tekanan digunakan untuk menembus bagian jaringan otot dalam. Teknik friksi ini sering digunakan pada para penari atlet yang mengalami gangguan pada jaringan ikat dan urat yang rusak. Teknik ini dapat merangsang aliran peredaran darah sehingga gerakan persendian dapat membaik.

c. *Effurage* (urut)

Teknik *Effurage* dilakukan secara pelan, berirama, dan terkendali dengan menggunakan kedua tangan secara bersamaan. Teknik ini biasa digunakan pada bagian ruang kecil, seperti diantara jari satu dengan jari lainnya. Pengurutan memiliki efek relaksasi pada susunan saraf dan mengurangi rasa nyeri.

d. *Petrissage* (meremas)

Teknik *Petrissage* biasanya digunakan untuk mengatasi otot yang tegang, khususnya pada bagian leher atau bahu. Pemijatan dengan teknik ini dapat mengurangi rasa nyeri yang ada.

4. Prosedur *Hand Massage*



Gambar 2.3 Teknik *Hand Massage*

Menurut Barbara (2012) dalam Setiawan, (2023) teknik Pemijatan Tangan atau *hands massage* sesuai dengan titik refleksi dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Pastikan posisi tempat berbaring terasa nyaman. Ambil minyak pijat yang akan digunakan. Kemudian lapisi permukaan yang akan dipijat dengan handsuk lembut agar tetap bersih dan tidak terciprat minyak pijat.
- b. Lakukan proses pemanasan dengan memijat ringan menggunakan minyak pijat.
- c. Peganglah pergelangan tangan, cubitlah sela jari dengan menjepitkan ibu jari dan telunjuk, lalu tekan area reflex selama 10 kali dengan ujung telunjuk.
- d. Posisikan kembali tangan yang memegang dan gunakan teknik merambatkan ibu jari untuk memijat. Mulailah dari pangkal ibu jari, telunjuk, jari tengah, jari manis dan kelingking.
- e. Perlahan - lahan terapkan teknik menarik jari- jari, dimulai dari ibu jari dan seterusnya secara bergiliran
- f. Pijat telapak tangan bagian atas atau pangkal ibu jari, tekan menggunakan ibu jari 10 -15 detik.
- g. Lanjutkan dengan merambatkan ibu jari di bagian telapak tangan membuat beberapa baris pijatan

Menurut Wahyuni (2018), teknik pijatan ekstra pada tangan atau *hands massage* dapat dilakukan sebagai berikut :

a. Teknik menarik jari

Teknik ini bertujuan untuk menimbulkan hentakan sehingga dapat membuat relaks, bukan saja terhadap jari-jari tangan, melainkan tangan secara keseluruhan. Dalam kesehariannya, jari-jari tangan berada dalam keadaan tegang karena digunakan untuk beragan aktivitas. Teknik tarikan jari yang lembut mampu mengendurkan sendi sehingga membuatnya relaks.

b. Menggerakkan jari ke samping

Teknik ini akan membuat sendi jari bergerak berada daripada biasanya. Tangan kanan akan menggerakkan jari ke samping kiri dan kanan. sedangkan tangan kiri memegang jari sehingga jari tetap kokoh ketika digerakkan.

c. Meregangkan jari

Teknik ini maksudnya menahan tangan sambil memijat jari-jari tangan dengan teknik merambatkan ibu jari. Hal ini berguna agar terjadi peregangan kuat dan nyaman pada jari. Langkah pertama yang harus dilakukan adalah lemaskan pergelangan tangan, lalu regangkan bagian dalam ibu jari dan jari-jari yang akan dipijat.

d. Gerakan-gerakan

Teknik ini maksudnya untuk menciptakan gerakan ritmis antara tulang panjang pada tangan. Gerakannya berupa gerakan ke depan dan ke belakang yang dilakukan secara bergantian. Sama halnya seperti gerakan - gerakan lainnya, usahakan tangan pasien dalam keadaan relaks agar pemijat maupun pasien sama-sama merasakan kenyamananya.

e. Meregangkan tangan

Teknik ini bermanfaat untuk memberikan perasaan relaks pada seluruh tangan.

f. Menggerakkan telapak tangan

Teknik ini hampir mirip dengan teknik memilin tangan. Tujuannya adalah 24 untuk menggerakkan tulang panjang tangan agar tercipta relaksasi.

g. Membalas gerakan telapak tangan

Dengan teknik menggerakkan telapak tangan yang merupakan cara lain membuat tulang panjang tangan dapat bergerak dengan relaks.

5. Indikasi *Hand Massage*

Indikasi *massage* menurut Prihatin dalam Setiawan, (2023) indikasi merupakan suatu keadaan atau kondisi tubuh dapat diberikan manipulasi *massage*, serta *massage* tersebut akan memberikan pengaruh yang positif terhadap tubuh. Indikasi dalam *massage* adalah:

- a. Keadaan tubuh yang sangat lelah
- b. Kelainan-kelainan tubuh yang diakibatkan pengaruh cuaca atau kerja yang kelewat batas (sehingga otot menjadi kaku dan rasa nyeri pada persendian serta gangguan pada persarafan)

6. Kontraindikasi *Hand Massage*

Kontraindikasi atau pantangan terhadap *massage* adalah sebagai keadaan atau kondisi tidak tepat diberikan *massage*, karena justru akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi kesehatan. Kontraindikasi dalam *massage* adalah:

- a. Pasien dalam keadaan menderita penyakit menular
- b. *Massage* tidak dilakukan pada kondisi: jantung tidak baik, tekanan darah tinggi diatas 200 mmHg, pembuluh kapiler pecah.
- c. Pasien sedang menderita penyakit kulit
- d. Sedang menderita patah tulang, pada tempat bekas luka, bekas cedera yang belum sembuh total
- e. Pada daerah yang mengalami pembengkakan ada tumor yang diperkirakan sebagai kanker ganas atau tidak ganas.

7. Manfaat *Hand Massage*

Manfaat dari pemijatan, antara lain :

- a. melancarkan sirkulasi darah didalam seluruh tubuh
- b. Menjaga kesehatan agar tetap prima
- c. Membantu mengurangi rasa sakit dan kelelahan
- d. Merangsang produksi hormone endorphin yang berfungsi untuk merelaksasi tubuh
- e. Mengurangi beban yang ditibulan akibat stress
- f. Mengurangi nyeri pada are tubuh tertentu
- g. Menyehatkan dan menyeimbangkan kerja organ organ tubuh.

E. Jurnal Terkait

Tabel 2.4 Jurnal Terkait

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis)	Hasil
1	Efektifitas <i>Hand Massage</i> terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomidi RS. Dr. Reksodiwiryo Padang (Amelia & Dita, 2020)	D : <i>Quasi eksperimen rancangan pre and post test without control.</i> S : Teknik pengambilan sampel <i>purposive sampling</i> , jumlah sampel sebanyak 10 responden. V : <i>Hand massage</i> , nyeri post operasi laparotomi. A : -	Hasil penelitian menunjukkan rata-rata skala nyeri pasien sebelum dilakukan hand massage 4,70 dan rata-rata skala nyeri setelah dilakukan <i>hand massage</i> 3,90. Terdapat efektifitas hand massage terhadap skala nyeri post operasi laparotomi di RS Dr. Reksodiwiryo Padang ($p=0,003$). Dari hasil penelitian ini terdapat perbedaan skala nyeri post operasi laparotomi sebelum dan sesudah dilakukan hand massage di RS Dr. Reksodiwiryo Padang ($p=0,003$).
2	<i>Penerapan Hand Massage Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi laparotomi Di RSPKU Muhammadiyah Karanganyar</i> (Ekawati dkk., 2023).	D : Deskriptif <i>study case</i> S : 2 pasien post laparotomi. V : <i>Hand massage</i> , nyeri post operasi laparotomi. A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Hasil dari pelaksanaan <i>hand massage</i> didapatkan skala nyeri turun pada kedua responden pada responden pertama skala nyeri turun 5 dan responden ke 2 skala nyeri turun 4. Kesimpulan: terdapat perbedaan Skala Nyeri pasien post operasi Laparotomi setelah dilakukan <i>hand massage</i>
3	<i>The Effectiveness Of Hand Massage Therapy In Reducing Pain Intensity Among Patients With Post-Laparotomy Surgery</i> (Silpia dkk., 2021)	D : <i>Quasi-experimental study with pre-test and post-test groups</i> S : Pasien post laparotomi V : <i>Hand massage</i> , nyeri post laparotomi. A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Hasil penelitian ini menemukan bahwa responden usia berkisar antara 20 hingga 40 tahun (53,3%) dan sebagian besar adalah laki-laki (60%). Sebanyak 53,3% responden mengalami nyeri hebat pasca operasi, kemudian intensitas nyeri mengalami penurunan menjadi nyeri ringan sebesar 86,7% setelah diberikan pijat tangan

			terapi. Implikasi dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi perawat di menangani nyeri akut pada pasien pasca bedah..
4	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tumor Payudara Dengan Intervensi Hand Massage Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Post Biopsi Payudara Di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Tangerang (Febrianti dkk., 2023)	D : <i>Study case</i> . S : Satu pasien dengan nyeri post biopsy payudara. V : Terapi <i>hand massage</i> , nyeri post biopsy payudara. A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Dalam kasus ini, intervensi teknik relaksasi <i>hand massage</i> dilakukan 3 kali selama 3 hari, Hasil evaluasi menunjukkan teknik relaksasi <i>hand massage</i> mampu menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi tumor payudara. Data awal skala nyeri 5 diakhir intervensi skala nyeri menurun menjadi 1.
5	Penerapan hand massage dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi mastectomi (Hana & Nugroho, 2023)	D : deskriptif S : Teknik pengambilan sampel yaitu pasien dengan nyeri post operasi mastectomi V : <i>Hand massage</i> pasien dengan nyeri post operasi mastectomi A : -	Berdasarkan paparan fokus studi dan pembahasan tentang penerapan hand massage pada subjek post operasi mastectomi menunjukkan bahwa terjadinya perubahan tingkat nyeri setelah dilakukan hand massage. Penerapan hand massage pada umumnya dapat dijadikan terapi komplementer yang dapat dilakukan di Rumah Sakit maupun mandiri.
6	Pengaruh hand massage terhadap penurunan tingkat kecemasan klien pre operasi di rumah sakit palar asih lubuk pakam (Dian, 2021)	D : Pra-eksperimental dengan penelitian one-group pre-post test design. S : Penelitian ini meneliti pengaruh Hand Massage pada tingkat kecemasan klien pre operasi V : Hand Massage pada tingkat kecemasan klien pre operasi A : -	Hasil penelitian menunjukkan baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dengan tingkat kecemasan yang sama, yaitu rata-rata mengalami tingkat kecemasann ringan, yaitu sebanyak 10 pasien (62,5%) pada kelompok kontrol dan sebanyak 9 pasien (56,3%) pada kkelompok perlakuan. Hal tersebut berkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Mulyani, 2013) yang mengemukakan bahwa sebagian besar pasien

			yang akan dilakukan pembedahan mengalami kecemasann ringan yaitu 52,5% dan 47,5% mengalami kecemasan ssedang.
7	Pengaruh foot and hand massage terhadap tingkat nyeri ibu post sectio (Rina & dini, 2023)	<p>D : desain pra experiment</p> <p>S : pemberian perlakuan pijat kaki dan tangan</p> <p>V : Pengaruh Foot and Hand Massage terhadap tingkat nyeriibu post SC</p> <p>A : -</p>	<p>Hasil Penelitian : Terdapat pengaruh antara sebelum dan sesudah dilakukan Foot and Hand Massage dengan nilai mean dari tingkat nyeri 9.92 menjadi 8.25 setelah dilakukan Foot and Hand Massage dengan nilai Sig 2-tailed 000. Kesimpulan : Metode Foot and Hand Massage pada penelitian ini bisa menjadi alternatif atau pilihan dalam penatalaksaan terapi non farmakologi untuk mengurangi tingkat nyeri pada pasien post operasi SC, dari hasil penelitian ini merekomendasikan bahwa terapi pijat tangan dan kaki dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan independen untuk mengatasi rasa nyeri</p>
8	Asuhan keperawatan pada pasien ca mammae post operasi mastektomi dengan intervensi hand massage terhadap intensitas nyeri di ruang anggrek c rsud kabupaten tangerang (Eli & Cicirosnita, 2023)	<p>D : pre eksperiment dengan analisis paired sample t-test.</p> <p>S : Hand Massage pada Nyeri</p> <p>V : penerapan Hand Massage dalam menurunkan nyeri pada pasien post operasi mastektomi</p> <p>A : -</p>	<p>Berdasarkan hasil pengolahan data dengan SPSS versi 20 maka diperoleh nilai sig (2-tailed) sebesar 0.015.</p>