

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

3.1 LANDASAN TEORI

3.1.1 KONSEP TEORI

a. Definisi Laparotomi

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). Laparotomi adalah salah satu metode pembedahan mayor di bagian abdomen yang menyebabkan masalah nyeri (Setyanisa, Wirotomo, & Rofiqoh, 2021). Laparotomi merupakan salah satu pembedahan dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding perut untuk mengetahui organ yang mengalami masalah (Indriyani & Faradisi, 2022).

Dari pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa Laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor di bagian abdomen untuk mendapatkan bagian abdomen yang mengalami masalah dan menimbulkan nyeri.

b. Etiologi

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparatomi menurut (Haryono, 2016; Nugraha, 2020; & Sayuti, 2020) antara lain :

1. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / Ruptur Hepar

Trauma abdomen adalah cedera pada abdomen, dapat berupa trauma tumpul dan tembus serta trauma yang disengaja atau tidak disengaja.

2. Peritonitis

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum yang dapat terjadi karena kontaminasi mikroorganisme dalam rongga peritoneum, bahan kimiawi, atau keduanya. Peritonitis merupakan komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi dari organ- organ abdomen.

3. Pendarahan saluran pencernaan (*Internal bleeding*)

Perdarahan saluran pencernaan adalah kondisi ketika saluran cerna mengalami perdarahan. 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 halus atau usus besar

Sumbatan pada usus atau obstruksi usus adalah suatu penyumbatan yang dapat bersifat fungsional atau mekanis. Penyumbatan tersebut menghalangi jalannya makanan, cairan, dan flatus, sehingga menyebabkan distensi dan banyak

kehilangan cairan usus. Obstruksi sering disebabkan oleh pelengketan, hernia internal, penyakit Crohn, dan enteritis akibat radiasi, serta kadang-kadang disebabkan oleh kanker.

5. Masa pada abdomen

Massa perut atau benjolan di perut adalah pertumbuhan jaringan abnormal di perut. Massa perut menyebabkan pembengkakan dan dapat mengganggu fungsi organ dalam perut karena desakan massa di dalam perut. Seseorang dengan massa perut mungkin akan mengalami penambahan berat badan dan gejala-gejala seperti ketidaknyamanan perut, nyeri, dan kembung. Selain itu pada bagian obsetri dan ginekologi sering dilakukan tindakan laparatomi seperti operasi section caesaria.

c. Jenis-Jenis Laparatomi

Terdapat 4 cara pembedahan laparatomi menurut Haryono (2016), yaitu:

1. Midline incision

Midline incision yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah yang sejajar dengan umbilikus. Metode ini adalah insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat sedikit lebih luas, cepat dibuka dan ditutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insisi ini adalah terjadi hernia cikatrialis, indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan Pasien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, restosigmoid dan organ dalam pelvis (Dictara, Angraini, & Musyabiq, 2018).

2. Paramedian

Paramedian yaitu sedikit ketepi dari garis tengah ($\pm 2,5\text{cm}$), panjang (12,5 cm). terbagi menjadi dua yaitu paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bawah serta plenotomi (Dictara, Angraini, & Musyabiq, 2018).

3. Transverse upper abdomen incision

Transverse upper abdomen incision yaitu insisi bagian atas misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy (Dictara, Angraini, & Musyabiq, 2018).

4. Transverse lower abdomen incision

Transverse lower abdomen incision yaitu insisi melintang di bagian bawah ± 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya; pada operasi appendectomy (Dictara, Angraini, & Musyabiq 2018; Ramadhania, 2022).

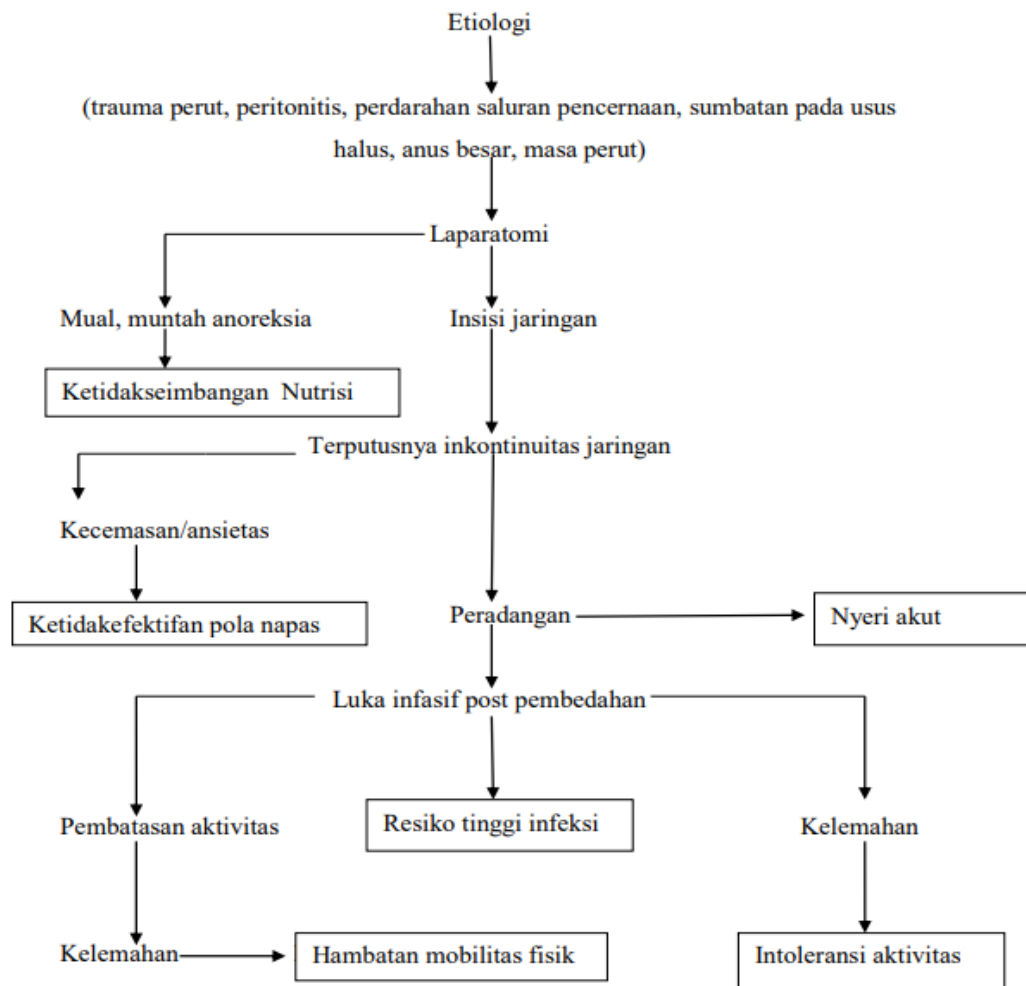
d. Patofisiologi

Laparotomi adalah pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen. Adanya trauma abdomen (tumpul/tajam), peritonitis, obstruksi pada usus halus dan usus besar, serta radang pada apendiks membutuhkan tindakan pembedahan untuk mengembalikan fungsi organ yang terjadi masalah, tindakan pembedahan tersebut yaitu laparatomi (Ramadhania, 2022).

Keluhan utama yang biasanya timbul adalah nyeri tekan abdomen, mual, muntah, anoreksia, perubahan tekanan darah, nadi, dan pernafasan, gangguan integumen dan jaringan subkutan, konstipasi, dan kelemahan (Fatimah, 2019).

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 mikroorganismen virus, bakteri dan parasit mudah masuk ke dalam tubuh dan terjadi resiko infeksi (Ramadhania, 2022).

Bagan 1 Pathway Laparatomi



Sumber : (Tefnai, 2019)

e. Tanda dan Gejala

Menurut Tefnai, (2019), tanda dan gejala post op laparatomi sebagai berikut:

1. Nyeri tekan pada area insisi pembedahan
2. Perubahan tekanan darah, nadi dan pernafasan
3. Kelemahan
4. Gangguan integumen dan jaringan subkutan

5. Konstipasi
6. Mual dan muntah, anoreksia

f. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik laparatomi yang biasa dilakukan menurut (Ramadhania, 2022), adalah:

1. Pemeriksaan rectum: 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. Radiologi: bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.

g. Komplikasi

Menurut Haryono (2016) komplikasi yang seringkali ditemukan pada pembedahan laparatomi, yaitu:

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis

Tromboplebitis postoperasi biasanya timbul 7 – 14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulatif dini dan kaos kaki TED yang dipakai Pasien sebelum mencoba ambulatif (Ramadhania, 2022).

2. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aurens, organisme; gram

positif. *Stapilokokus* mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik (Ramadhania, 2022).

3. Dehisensi luka dan eviserasi

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).

h. Proses Penyembuhan luka

Nugraha (2020) menyebutkan proses penyembuhan luka, antara lain:

1. Fase Pertama

Berlangsung pada hari ke-3. Batang leukosit banyak yang rapuh/rusak. Sel-sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabut-serabut bening digunakan sebagai kerangka.

2. Fase Kedua

Dari hari ke-3 sampai hari ke-14. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggir sel epitel timbul sempurna 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

3. Fase Ketiga

Dari hari ke-3 sampai hari ke-14. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggir sel epitel timbul sempurna 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

4. Fase Keempat

Fase terakhir, penyembuhan akan menyusut dan mengering.

i. Penatalaksanaan Medis

Perawatan post laparatomi adalah bentuk perawatan yang diberikan pada pasien yang telah menjalani prosedur pembedahan laparatomi. Tujuan dari perawatan post laparatomi adalah mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat penyembuhan, dapat mengembalikan fungsi pasien atau pemenuhan kebutuhan pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri seorang pasien, mempersiapkan pasien pulang (discharge planning), cara yang bisa dilakukan untuk pengembalian fungsi fisik pasien adalah dengan latihan napas dalam, batuk efektif dan mobilisasi dini. (Fatimah, 2019).

Penatalaksanaan keperawatan pasca pembedahan (Nugraha, 2020; & Ramadhania, 2022), antara lain:

1. Monitor kesadaran, tanda-tanda vital, CVP, intake dan output.
2. Observasi dan catat sifat darai drain (warna, jumlah) drainage
3. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
4. Dalam mengatur dan menggerakkan posisi pasien harus hati-hati, jangan sampai drain tercabut

5. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin
6. Perawatan luka secara steril
7. Mempertahankan konsep diri pasien
8. Mempersiapkan pasien pulang

j. Tujuan Perawatan Laparatomi

Menurut Haryanto (2016, hlm 125) tujuan perawatan post laparatomi untuk:

1. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan (seperti: nyeri, infeksi, dll)
2. Mempercepat penyembuhan
3. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi
4. Mempertahankan konsep diri pasien
5. Mempersiapkan pasien pulang

3.1.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Berdasarkan pendapat dari para ahli tentang tahapan dalam proses keperawatan, tahap dimulai dengan: tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan serta tahap evaluasi. (Nugraha, 2020).

a. Pengkajian

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).

b. Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

1. 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.

2. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan Pasien.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

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

b) Keluhan utama saat dikaji

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:

- 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

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

- 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).

- R (Regional/area radiasi)

Yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka post operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen (Nugraha, 2020).

- 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).

- 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 (Nugraha, 2020).

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

1. Jika mengidap penyakit menular, buat struktur keluarga yang tinggal serumah.
2. Jika ada riwayat penyakit keturunan, buat genogram 3 generasi. (Nugraha, 2020).

e. 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).

f. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*Physical Examination*) yang terdiri dari:

1. Inspeksi:

Teknik yang dapat dilakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.

2. Palpasi, yaitu: suatu teknik yang dilakukan dengan menggunakan indera peraba.

Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah:

- a) Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai
- b) Tangan harus dalam keadaan kering, hangat, kuku pendek
- c) Semua bagian nyeri dilakukan palpasi yang paling akhir

3. Perkusi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk: mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: Sonor, Redup, Pekak, Hipersonor/timpani.

4. Auskultasi

Yaitu pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

g. Pemeriksaan Fisik pada kasus Laparatomi

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

1. Penampilan Umum

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

2. 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).

3. 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).

4. 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).

5. 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).

6. 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).

7. Sistem Genitourinaria

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 dipuasakan) (Aprilia, 2020).

8. Sistem Muskuloskeletal

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

9. Sistem Integumen

Terdapat luka post operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Karakteristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral. (Aprilia, 2020).

10. 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).

11. Sistem Pengelihatan

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, 2020; & Nugraha, 2020).

h. Riwayat Psikologi

1. Data Psikologi

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

2. Data Sosial

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

3. 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).

i. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Haryono (2016) semua prosedur diagnostic dan lab yang dijalani pasien dicatat dan hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

1. Ultrasonografi (USG) untuk mengetahui organ tubuh bagian dalam yang bermasalah.
2. 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.
3. Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
4. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 1 Konsep hasil pemeriksaan labolatorium

Nama Test	Unit	Nilai Normal
HEMATOLOGI		
Darah Rutin		
Hemoglobin	g/dL	13.0-16.0
Leukosit	/mm ³	4,000-10.000
Hematokrit	%	40-50
Trombosit	/mm ³	150,000-440.000
Eritrosit	Juta/uL	4-6
Masa Pendarahan/BT	Menit	1-3
Masa Pembekuan/CT	Menit	1-6
KIMIA KLINIK		
Glukosa Darah Sewaktu	Mg%	<140
Ureum	Mg%	20-40
Kreatinin	Mg%	0.8-1.3
Natrium (Na)	Mmol/L	135-155
Kalium (K)	Mmol/L	3.5-5.5

Sumber : (Pemeriksaan Labolatorium RSUD Cibabat)

j. Analisa Data

Tabel 2 Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <p>1. Mengeluh nyeri</p> <p>DO :</p> <p>1. Tampak meringis</p> <p>2. Tampak meringis</p> <p>Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>3. Gelisah</p> <p>4. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>5. Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>DO :</p> <p>1. Tekanan darah meningkat</p> <p>2. Pola nafas berubah</p> <p>3. Nafsu makan berubah</p> <p>4. Proses berpikir terganggu</p> <p>5. Menarik diri</p> <p>6. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>7. Diaforesis</p>	<p>Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perfotasi</p> <p>↓</p> <p>Laparotomi</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Merangsang pembentukan zat kimia : bradikilin, serotin, histamine</p> <p>↓</p> <p>Dihantarkan ke korteks cerebri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri dipersepsikan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri Akut
2.	<p>DO :</p> <p>Terdapat luka post operasi laparatomi</p>	<p>Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perfotasi</p> <p>↓</p> <p>Laparotomi</p> <p>↓</p> <p>Luka post operasi</p> <p>↓</p> <p>Luka terbuka</p> <p>↓</p> <p>Media masuknya mikro organisme</p> <p>↓</p> <p>Infeksi bakteri</p> <p>↓</p> <p>Resiko infeksi</p>	Resiko Infeksi

3.	<p>DO :</p> <p>Terdapat luka post op prosedur pembedahan mayor Laparatomi</p>	<p>Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perfotasi</p> <p>↓</p> <p>Laparatomi</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi ileus</p> <p>↓</p> <p>Hipomobilitas</p> <p>↓</p> <p>Ketidakkampuan absorpsi air</p> <p>↓</p> <p>Air tertampung dalam lumen usus</p> <p>↓</p> <p>Intake cairan menurun</p> <p>↓</p> <p>Resiko ketidak seimbangan cairan</p>	<p>Resiko ketidak seimbangan cairan</p>
4.	<p>DS :</p> <p>1. Mengeluh mual</p> <p>DO :</p> <p>1. Porsi makanan tidak dihabiskan</p> <p>2. Muntah</p>	<p>Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perfotasi</p> <p>↓</p> <p>Laparatomi</p> <p>↓</p> <p>Efek anestesi</p> <p>↓</p> <p>Gangguan gastrointestinal</p> <p>↓</p> <p>Mual, muntah, kembung, anoreksia</p> <p>↓</p> <p>Intek nutrisi tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Resiko defisit nutrisi</p>	<p>Resiko Defisit Nutrisi</p>
5.	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <p>1. Merasa bingung</p> <p>2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</p> <p>3. Sulit berkonsentrasi</p> <p>DO :</p> <p>1. Tampak gelisah</p> <p>2. Tampak tegang</p>	<p>Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perfotasi</p> <p>↓</p> <p>Laparatomi</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p>	<p>Ansietas</p>

3. Sulit tidur	Merangsang pembentukan
Gejala dan Tanda	zat kimia : bradikilin,
Minor	serotin, histamine
DS :	↓
1. Mengeluh pusing	Dihantarkan ke korteks
2. Anoreksia	cerebri
Palpitasi	↓
3. Merasa tidak berdaya	Nyeri dipersepsikan
DO :	↓
1. Frekuensi napas meningkat	Nyeri akut
2. Frekuensi nadi meningkat	↓
3. Tekanan darah meningkat	Perubahan status kesehatan
4. Diaforesis	↓
5. Tremor	Kurang informasi tentang penyakit dan perawatan luka
6. Muka tampak pucat	↓
7. Suara bergetar	Respon fisiologis
8. Kontak mata buruk	↓
9. Sering berkemih	Ansietas
10. Berorientasi pada masa lalu	

k. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan pasien.

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien pasca operasi laparatomi menurut Haryono (2016, hlm. 127) berdasarkan dengan SDKI (2017), yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI D.0077)
2. Resiko infeksi berhubungan dengan luka invasive post pembedahan (SDKI D.0142)

3. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan mayor (SDKI D.0036)
4. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI D.0032)
5. Ansietas berhubungan dengan kurangnya laparatomi (SDKI D.0080)

1. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan.

Tabel 3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut (D.0077)	Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Pasien melaporkan keluhan nyeri menurun 2. Pasien terlihat tidak meringis lagi 3. Pasien menunjukkan sikap protektif menurun 4. Pasien tidak tampak gelisah	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri	Observasi 1. Menentukan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri dapat menjadi penilaian untuk mengetahui seberapa kuat rasa nyeri yang dialami 2. Identifikasi skala nyeri dapat membantu menilai efektivitas perawatan yang akan dilakukan 3. Mencari tahu factor yang memperberat dan memperingan nyeri agar mempercepat proses kesembuhan

			<p>Terapeutik 4. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Relaksasi nafas dalam)</p>	<p>Terapeutik 4. Teknik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam) dapat mengurangi nyeri yang dialami oleh pasien</p>
			<p>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p>	<p>5. Atur lingkungan pasien agar pasien merasa nyaman</p>
			<p>6. Fasilitasi istirahat dan tidur</p>	<p>6. Istirahat dan tidur pasien dapat terpenuhi dan tingkat nyeri menurun</p>
			<p>Edukasi 7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p>	<p>Edukasi 7. Menjelaskan hal tersebut agar keluarga pasien dan pasien mengerti penyebab dan pemicu nyeri</p>
			<p>8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, dan ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p>	<p>8. Pasien atau keluarga dapat melakukan secara mandiri ketika nyeri terasa Kembali</p>
			<p>Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik</p>
2.	Resiko infeksi (D.0142)	Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	<p>Observasi 1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p>	<p>Observasi 1. Kemerahan, panas, bengkak, merupakan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p>
		1. Tidak ada tanda infeksi (demam, kemerahan, dan bengkak)		
		2. Kadar sel darah putih membaik		

				<p>2. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>3. Lakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Lakukan penkes pada keluarga tentang pencegahan infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic</p>	<p>2. Cuci tangan dapat memotong rantai infeksi</p> <p>3. Dapat mencegah infeksi pada luka</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Kemerahan, panas, bengkak, merupakan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4. Antibiotik dapat membunuh kuman patogen penyebab penyakit</p> <p>5. Mengantisipasi terjadinya infeksi nosokomial</p>
3.	Resiko nutrisi	defisit	<p>Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2. Kekuatan otot mengunyah dan menelan baik</p> <p>3. Indeks massa tubuh (IMT) baik</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>3. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>5. Monitor berat bada.</p> <p>Terapeutik</p> <p>6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Mengetahui status nutrisi</p> <p>2. Mengidentifikasi adanya alergi makan agar tidak terjadi tanda-tanda alergi</p> <p>3. Mengetahui makanan yang disukai pasien untuk menambah nafsu makan pasien</p> <p>4. Memberikan suplemen makanan dapat meningkatkan nafsu makan pasien</p> <p>5. Memantau penurunan atau peningkatan berat badan pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>6. Tawarkan makanan ringan yang padat gizi</p>

		<p>7. Berikan makanan tinggi serat, tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p>	<p>7. Memberikan makanan tinggi serat dapat mencegah pasien kontisipasi, makanan tinggi kalori dapat meningkatkan energi tubuh pasien dan makanan tinggi protein dapat memperbaiki jaringan tubuh yang rusak serta membangun sel dan jaringan tubuh yang baru</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Posisi duduk dapat membuat pasien nyaman</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan pasien agar terpenuhi</p>	
4.	Ansietas	<p>Ansietas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Pasien mampu mengungkapkan perasaan kepada perawat.</p> <p>2) Pasien dapat mendemonstrasikan keterampilan pemecahan masalahnya dan perubahan koping yang digunakan sesuai situasi yang dihadapi.</p> <p>3) Pasien dapat mencatat penurunan kecemasan/ketakutan dibawah standar.</p> <p>4) Pasien dapat rileks dan tidur atau dapat istirahat dengan baik.</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor respon fisik, seperti : kelemahan, perubahan tanda vital, gerakan yang berulang, catat kesesuaian respon verbal dan nonverbal selama komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</p>	<p>1. Digunakan dalam mengevaluasi derajat atau tingkat kesadaran atau konsentrasi, khususnya ketika melakukan komunikasi verbal.</p> <p>2. Memberikan kesempatan untuk berkonsentrasi dan kejelasan rasa takut</p> <p>3. Memahami situasi yang</p>

4. Dengarkan pasien dengan penuh perhatian	dikhawatikan pasien
5. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	4. Memberikan kenyamanan dan menciptakan kepercayaan pasien 5. Memberikan perasaan tenang akan apa yang harus dilakukan pasien
Edukasi	Edukasi
6. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	6. Menambah wawasan pasien tentang penyakit yang diderita dan cara pengobatannya
7. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien	7. Bertujuan untuk memberi dukungan dan menciptakan rasa aman
8. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan dan persepsi	8. Memberikan kenyamanan dan menciptakan kepercayaan pasien
9. Latih teknik relaksasi	9. Menurunkan kecemasan dan rasa nyeri

m. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan 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 (Nugraha, 2020). Implementasi pada pasien pasca operasi laparatomi dilakukan 3-5 hari (Ramadhania, 2022).

n. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nugraha, 2020). Nugraha (2020) menjelaskan proses evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien, seperti hal berikut:

1. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologic, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai (Nugraha, 2020).

2. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan / ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. Komponen format yang sering digunakan oleh perawat dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP atau SOAPIER (Nugraha, 2020).

a) S, artinya Subjektif

Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b) O, artinya Data Objektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi anda secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c) A, artinya Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

d) P, artinya Planning

- Perencanaan keperawatan yang akan anda lakukan, anda hentikan, anda modifikasi, atau anda tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.
- Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.
- Tindakan yang perlu dilakukan adalah tindakan kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya.
- Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien. Tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternative pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.

2.2 KONSEP NYERI

a. Definisi

Nyeri Akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhir dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan (NANDA 2018-2020). Nyeri adalah mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran terhadap kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Karena nilainya bagi kelangsungan hidup, nosiseptor (reseptor nyeri) tidak beradaptasi terhadap stimulasi yang berulang atau berkepanjangan (Kemenkes, 2022).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Utami & Khoiriyah, 2020).

Dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah sensasi tidak nyaman baik dalam sensori maupun emosional yang disebabkan oleh kerusakan jaringan.

b. Proses Terjadinya Nyeri

Menurut Nugraha (2020) proses terjadinya nyeri merupakan suatu rangkaian yang rumit. Proses atau mekanisme ini akan melewati beberapa tahapan, yaitu diawali dengan adanya stimulasi, transduksi, transmisi, persepsi, dan modulasi, antara lain:

1. Reaksi fisiologi

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri superfisial menimbulkan reaksi “Flight atau Fight” yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ viseral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu aksi. Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yaitu tandatanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

2. Reaksi Psikologis

Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien tentang nyeri. Klien yang mengartikan nyeri sebagai suatu yang “negatif” cenderung memiliki suasana hati sedih, berduka, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah atau frustrasi. Sebaliknya, bagi klien yang memiliki persepsi yang “positif” cenderung menerima nyeri yang dialaminya (Zakiyah, 2015).

3. Respon Prilaku

Respon perilaku terhadap nyeri dapat mencakup pernyataan verbal, perilaku vocal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain, atau perubahan respon terhadap lingkungan (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

Tabel 4 Respon Prilaku Nyeri

Respon Prilaku Nyeri pada Klien	
Vokalisasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengaduh b. Menangis c. Sesak nafas d. Mendengkur
Ekspresi Wajah	<ul style="list-style-type: none"> a. Meringis b. Menggelutukan gigi c. Mengernyitkan dahi d. Menutup mata dengan rapat atau membuka dengan lebar e. Mengigit bibir
Gerakan Tubuh	<ul style="list-style-type: none"> a. Gelisah b. Imobilisasi c. Ketegangan otot d. Peningkatan gerakan jari dan tangan e. Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi Sosial	<ul style="list-style-type: none"> a. Menghindari percakapan b. Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri c. Menghindari kontak sosial d. Penurunan rentang perhatian

Sumber : (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

c. Etiologi Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

1. Fisik

a) Mekanik

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, ataupun luka.

b) Thermis

Trauma thermis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas atau dingin

c) Kimia

Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat.

d) Neoplasma

Neoplasma karena terjadinya tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan atau metastase

e) Trauma Elektrik

Trauma elektrik timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.

2. Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri.

d. Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang (Nugraha, 2020).

2. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik dapat tidak

mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Nugraha, 2020).

Tabel 5 Klasifikasi Nyeri

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Tujuan/keuntungan	Memperingati adanya cedera atau masalah	Tidak ada
Awitan	Mendadak	Terus menerus dan Intermiten
Intensitas	Ringan sampai berat	Ringan sampai berat
Durasi	Durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan)	Durasi lama (6 bulan atau lebih)
Respon otonom	<ul style="list-style-type: none"> - Konsentén dengan respon stres simpatis - Frekuensi jantung meningkat - Volume sekuncup meningkat - Tekanan darah meningkat - Dilatasi pupil meningkat - Motilitas gastrointestinal menurun - Aliran saliva (mulut kering) 	Tidak terdapat respon otonom
Komponen psikologis	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> - Depresi - Mudah marah - Menarik diri dan minat dunia luar - Menarik diri dari persahabatan
Respon lainnya		<ul style="list-style-type: none"> - Tidur terganggu - Libido menurun - Nafsu makan menurun
Contoh	Nyeri bedah, trauma	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri kanker, artritis, neuralgia, trigeminal

Sumber : (Nugraha, 2020)

e. Tanda dan Gejala

Adapun tanda gejala nyeri akut (SDKI):

1. Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif: Pasien mengeluh nyeri.
 - b) Objektif: Pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
2. Gejala dan Tanda Minor
 - a) Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

f. Pengkajian Nyeri

Pengkajian keperawatan pada masalah nyeri dapat dilakukan dengan metode PQRST adalah sebagai berikut :

1. P (Provokatif atau Paliatif)

Mengkaji penyebab dari timbulnya nyeri. Perawat dapat menanyakan “Apa yang menyebabkan rasa nyeri? Apakah penyebab nyeri semakin memburuk? Apa upaya yang dilakukan saat nyeri timbul?” (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

2. Q (Quality dan Quantity)

Nyeri yang dirasakan oleh individu, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat. Perawat dapat menanyakan “Seperti apa nyeri yang dirasakan? Apakah tajam, sakit, seperti ditekan atau seperti terbakar?” (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

3. R (Regional/area radiasi)

Daerah nyeri dan penyebaran dari nyeri yang dirasakan. Perawat dapat menanyakan “Di bagian mana nyeri yang dirasakan? Apakah rasa nyeri tersebut menyebar?” (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

4. S (Skala, Severity)

Menunjukkan keparahan dan intensitas nyeri sesuai skala nyeri yang digunakan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

5. T (Timing)

Mengkaji lama serangan atau frekuensi nyeri. Perawat dapat menanyakan “Kapan nyeri mulai dirasakan? Dan sudah berapa lama? Apakah terasa nyeri terus-menerus atau hilang timbul?” (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

g. Tingkat nyeri dan pengukurannya

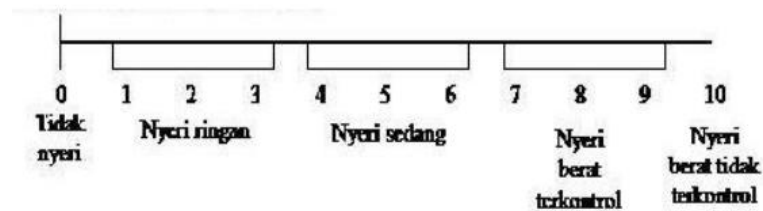
Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau tingkat nyeri tersebut. Ada beberapa skala pengukuran nyeri yaitu:

1. *Verbal descriptor scale (VDS)*

Merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di satu garis dapat dikelompokkan menjadi tidak terasa nyeri sampai nyeri hebat tak tertahankan.

Gambar 1

Tingkat Nyeri Berdasarkan VDS



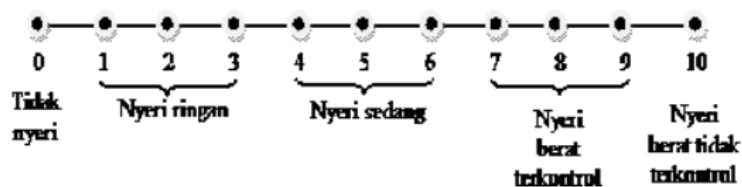
Sumber: (Sulistyo, 2016)

2. *Numerical rating scale (NRS)*

Skala penilaian nyeri ini menggunakan skala 0 sampai 10. Skala yang paling efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Gambar 2

Tingkat Nyeri Berdasarkan NRS



Sumber: (Sulistyo, 2016)

Tabel 6 Tingkat Nyeri dan Karakteristiknya

Skala Nyeri	Karakteristik Nyeri
0	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak terasa sakit
1 (sangat ringan)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri sangat ringan seperti gigitan nyamuk (sangat ringan) Sebagian waktu tidak pernah berpikir tentang rasa sakit ▪ Tidak mengganggu kegiatan yang dilakukan
2 (tidak menyenangkan)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit (tidak menyenangkan) Dapat berkomunikasi dengan baik ▪ Dapat mengikuti perintah dengan baik
3 (bisa ditoleransi)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri sangat terasa seperti suntikan oleh dokter (bisa ditoleransi) ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri ▪ Dapat berkomunikasi dengan baik ▪ Dapat mengikuti perintah dengan baik
4 (menyedihkan)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kuat, nyeri yang dalam seperti sakit gigi, gigitan lebah (menyedihkan) ▪ Kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri ▪ Dapat berkomunikasi dengan baik
5 (sangat menyedihkan)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri yang menusuk seperti terkilir (sangat menyedihkan) ▪ Masih dapat mengikuti perintah dengan baik ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendiskripsikannya ▪ Kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan
6 (intens)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri yang menusuk dalam (intens) Menyebabkan tidak fokus ▪ Komunikasi terganggu ▪ Kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan ▪ Mendesis atau menyeringai
7 (sangat intens)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rasa sakit benar-benar mendominasi indra anda (sangat intens) ▪ Tidak dapat berkomunikasi dengan baik ▪ Tidak mampu melakukan perawatan diri ▪ Tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikannya

8 (mengerikan)	▪ Nyeri begitu kuat sehingga tidak lagi berpikir jernih (mengerikan)
	▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat namun tidak dapat mendeskripsikannya
	▪ Tidak dapat berkomunikasi dengan baik
	▪ Tidak dapat melakukan kegiatan dengan baik
9 (menyiksa tak tertahankan)	▪ Nyeri begitu kuat (menyiksa tak tertahankan)
	▪ Tidak bisa mentolerir
	▪ Menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya tidak memperdulikan resiko
	▪ Klien tidak dapat diatur untuk alih posisi napas panjang dan mengalihkan perhatian
10 (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan)	▪ Tidak dapat berkomunikasi dengan baik
	▪ Tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri
	▪ Tidak dapat mengikuti perintah lagi
	▪ Nyeri begitu kuat, tidak sadarkan diri (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan)

Sumber : (Smeltzer & Bare, 2002)

3. *Visual Analog Scale* (VAS)

Merupakan satu garis lurus yang mewakili tingkat nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendiskripsi verbal pada setiap ujungnya. Klien diberikan kebebasan penuh untuk mendiskripsikan keparahan nyeri. Untuk mendeskripsikan nyeri pada anak-anak yang terdiri dari 6 wajah profil kartun. Anak berusia 3 tahun dapat menggunakan skala ini.

Gambar 3

Visual Analog Scale



Sumber : (Potter & Perry, 2006)

h. Penatalaksanaan Nyeri

Dampak nyeri post laparotomi mempunyai kecenderungan tidak bisa melakukan mobilisasi, serta tidak bisa berkomunikasi dengan baik dengan perawat, bahkan bisa melakukan tindakan percobaan bunuh diri dikarenakan tidak tahannya mereka dengan rasa nyeri yang diderita (Amelia & Saputri, 2020). Dampak tersebut perlu dicegah dengan upaya penatalaksanaan nyeri yang dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi dilakukan dengan memberikan obat-obatan analgetik sedangkan terapi non farmakologi dapat dilakukan dengan bermacam cara antara lain stimulasi dan masase, kompres dingin dan hangat, distraksi, teknik relaksasi, dan hipnotis (Pranowo, Dharma, & Kasron, 2021).

1. Strategi penatalaksanaan nyeri Farmakologis

Analgesik merupakan metode paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik dalam penanganan nyeri karena informasi obat yang tidak benar, karena adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesic narkotik dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan. Ada tiga jenis analgesic, yakni:

a) Non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

NSAID Non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomi, dan masalah pada punggung bagian bawah.

Satu pengecualian, yaitu Ketorolak (Toradol), merupakan agen analgesik pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan Morfin (Andarmoyo, 2017). Seperti diketahui bahwa waktu plasma keterolak memiliki konsentrasi 54 menit setelah pemberian oral, 38 menit setelah pemberian intramuskular dan 30 pemberian intravena. Waktu paruh keterolak adalah 4-6 jam (Nurdiansyah, 2015).

b) Analgetik narkotik atau opiate

Analgesik narkotik atau opiate umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pascaoperasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada system saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi (Andarmoyo, 2017).

c) Obat tambahan (Adjuvan)

Adjuvant seperti sedatif, anticemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. Agen tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. Sedatif sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental (Andarmoyo, 2017).

Tabel 7 Jenis Analgetik

Kategori Obat	Indikasi
ANALGESIK NON-NARKOTIK	
Asetaminofen (Tylenol)	Nyeri pascaoperasi ringan
Asam Asetilsalisilat (Aspirin)	Demam
NSAID	
Ibuprofen (Motrin, Nuprin)	Dismenore
Naproxen (Naprosyn)	Nyeri kepala vaskuler
Indometasin (Indocin)	Arthritis rheumatoid
Tolmetin (Tolectin)	Cedera atletik jaringan lunak
Piroksikam (Feldene)	Gout
Ketorolak (Toradol)	Nyeri pasca-operasi
ANALGESIK NARKOTIK	
Memperidin (Domorol)	Nyeri kanker (kecuali meparidin)
Metimorfin (Kodoin)	Infark Miokard
Morfin sulfat Fentanyl (Sublimaze)	
Butanol (Stadol)	
Hidromorfon HCL (Dilaudid)	
ADJUVAN	
Amitriptilin (elval)	Cemas
Hidroksin (Vistaril)	Depresi
Klorpromazin (Thorazine)	Mual
Diazepam (Valium)	Muntah

Sumber: Andarmoyo (2017)

2. Strategi penatalaksanaan nyeri non Farmakologis

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologi merupakan tindakan independent dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri klien. Manajemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam. Andarmoyo (2017) membahas beberapa mengenai tindakan-tindakan peredaan nyeri tersebut.

a) Bimbingan Antipasi

Bimbingan antisipasi adalah memberikan pemahaman kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat bertujuan untuk

memberikan informasi kepada klien, dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri. Informasi yang diberikan kepada klien meliputi aspek-aspek sebagai berikut:

- 1) Kejadian, awitan, dan durasi nyeri yang akan dialami
 - 2) Kualitas, keparahan, dan lokasi nyeri
 - 3) Informasi tentang cara keamanan klien telah dipastikan
 - 4) Penyebab nyeri
 - 5) Metode mengatasi nyeri yang digunakan oleh perawat dan klien
 - 6) Harapan klien selama menjalani prosedur
- b) Terapi Es dan Panas/Kompres Panas dan Dingin

Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian panas, pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut. Dengan cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat yang dibuang akan diperbaiki. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit/nyeri dan akan menunjang proses penyembuhan luka dan proses peradangan. Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Agar efektif, es dapat diletakkan pada tempat cedera segera setelah cedera terjadi. Sementara terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

c) Stimulasi Saraf Elektris Transkutan/TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) adalah suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetarkan, atau mendengung pada area nyeri. TENS adalah prosedur non-invasif dan merupakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis.

d) Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal di luar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

e) Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi adalah hilangnya ketegangan otot yang dicapai dengan teknik yang disengaja (Smeltzer & Bare, 2009). Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat mengurangi ketegangan otot, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smelzer & Bare, 2018).

Melatih nafas dalam adalah suatu tindakan latihan nafas untuk pengembangan paru-paru dengan cara menarik nafas dalam selama 3-5 detik melalui hidung kemudian dikeluarkan secara perlahan melalui mulut. (Politeknik Kesehatan DEPKES Bandung, 2011).

Menurut Bare dan Smeltzer (2002) teknik relaksasi nafas dalam bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan. Teknik relaksasi nafas dalam mampu menurunkan nyeri pada pasien post operasi, hal ini terjadi karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca operasi atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam (Majid et al, 2011). Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat hormon yang dihasilkan yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison. Kadar PaCO₂ akan meningkat dan menurunkan PH, sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Majid et al, 2011).

Mekanisme teknik relaksasi nafas dalam yaitu dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem saraf otonom. Relaksasi melibatkan otot dan respirasi dan tidak membutuhkan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja atau sewaktu-waktu. Prinsip yang mendasari penurunan oleh teknik relaksasi terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostatis lingkungan internal individu. Pada saat terjadi pelepasan mediator kimia seperti bradikinin, prostaglandin dan substansi p yang akan merangsang saraf simpatis sehingga

menyebabkan saraf simpatis mengalami vasokonstriksi yang akhirnya meningkatkan tonus otot yang menimbulkan berbagai efek spasme otot yang akhirnya menekan pembuluh darah. Mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot yang menimbulkan pengiriman impuls nyeri dari medulla spinalis ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri. Serta setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat hormon yang dihasilkan yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison yang merupakan neurotransmitter yang dapat menghambat pengiriman rangsangan nyeri (Smeltzer & Bare, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian Hendraman (2010). Sebaiknya teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan secara berulang dengan benar dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari tarik nafas, tahan dan hembuskan) dan dengan pendekatan secara rilegius, sehingga dapat merangsang rasa nyaman, yang pada akhirnya akan meningkatkan toleransi persepsi dalam menurunkan rasa nyeri yang dialami. Sedangkan hasil penelitian Anifah & Yumni (2018), teknik relaksasi nafas dalam dilakukan sebanyak 1 siklus 15 kali hembusan nafas secara sistematis dalam waktu 5 menit, dilakukan 2x dalam sehari yaitu pagi dan sore hari, selama 3 hari berturut-turut ini didapatkan tingkat nyeri pada Ny. A mengalami penurunan dari skala 7 menjadi nyeri skala 3 pada hari kedua, dan pada hari ketiga menjadi nyeri skala 1.

f) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Upayakan kondisi lingkungan klien

mendukung untuk tindakan ini. Kegaduhan, kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang sangat terang perlu dipertimbangkan agar tidak mengganggu klien untuk berkonsentrasi. Beberapa klien lebih rileks dengan cara menutup matanya.

g) Hipnotis

Hipnosis/hipnosa adalah sebuah Teknik yang menghasilkan suatu keadaan yang tidak sadarkan diri, yang dicapai melalui gagasan-gagasan yang disampaikan oleh orang yang menghipnotisnya. Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan kesehatan holistic, hipnosis diri menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka.

h) Akupunktur

Akupunktur adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan proses memasukkan jarum-jarum tajam pada titik-titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik. Teknik akupunktur ini adalah suatu teknik tusuk jarum yang mempergunakan jarum-jarum kecil Panjang (ukuran bervariasi dari 1,7 cm hingga 10 cm) untuk menusuk bagian-bagian tertentu di badan (area yang paling digunakan adalah kaki, tungkai bawah, tangan, dan lengan bawah), guna menghasilkan ketidakpekaan terhadap rasa sakit atau nyeri. Setelah dimasukkan ke dalam tubuh, jarum-jarum itu diputar-putar atau dipakai untuk menghantar arus listrik yang kecil. Titik-titik akupunktur dapat distimulasi dengan memasukkan dan

mencabut jarum menggunakan panas, tekanan/pijatan, laser, atau stimulasi elektrik atau kombinasi dari berbagai macam cara tersebut.

i) Umpan Balik Biologis

Prinsip kerja dari metode ini adalah mengukur respons fisiologis, seperti gelombang pada otak, kontraksi otot atau temperatur kulit kemudian “mengembalikan” memberikan informasi tersebut kepada klien. Kebanyakan alat umpan balik biologis/biofeedback terdiri dari beberapa elektroda yang ditempatkan pada kulit dan sebuah amplifier yang mentransformasikan data berupa tanda visual seperti lampu yang berwarna. Klien kemudian mengenali tanda tersebut sebagai respons stress dan menggantikannya dengan respons relaksasi.

j) Masase

Masase adalah melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum, tanpa menyebabkan Gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan/atau memperbaiki sirkulasi.

2.3 MANAJEMEN RELAKSASI NAFAS DALAM

a. **Definisi**

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat mengurangi ketegangan otot,

teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smelzer & Bare, 2018).

Melatih nafas dalam adalah suatu tindakan latihan nafas untuk pengembangan paru-paru dengan cara menarik nafas dalam selama 3-5 detik melalui hidung kemudian dikeluarkan secara perlahan melalui mulut. (Politeknik Kesehatan DEPKES Bandung, 2011).

b. Tujuan

Untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu dapat menurunkan intensitas nyeri dan mengurangi kecemasan (Smelzer & Bare, 2018).

c. Pelaksanaan

Standar Operasional Prosedur Melatih Nafas Dalam menurut (Politeknik Kesehatan Depkes Bandung, 2011).

1. Pastikan kebutuhan klien akan pernafasan dalam
2. Persiapan klien
3. Sampaikan salam
4. Informasikan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang dilakukan
5. Persiapan lingkungan:
 - a) Jaga privacy klien dengan menutup gordin/pasang sampiran
 - b) Buka jendela dan ciptakan ruangan bersih serta nyaman

6. Cuci tangan
7. Atur posisi pasien fowler atau duduk
8. Anjurkan pasien untuk meletakkan kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas iga ke-12 interior
9. Minta klien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2 -3 detik
10. Kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut
11. Ulangi tindakan g dan h sebanyak 3-5 kali
12. Perhatikan gerakan normal diafragma selama inspirasi dan ekspirasi serta area abdomen
13. Evaluasi respon klien setelah latihan dan rencana tindak lanjut
14. Anjurkan klien untuk melatih nafas dalam setiap hari minimal 1 kali
15. Sampaikan salam terminasi
16. Cuci tangan
17. Dokumentasikan hasil tindakan