

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

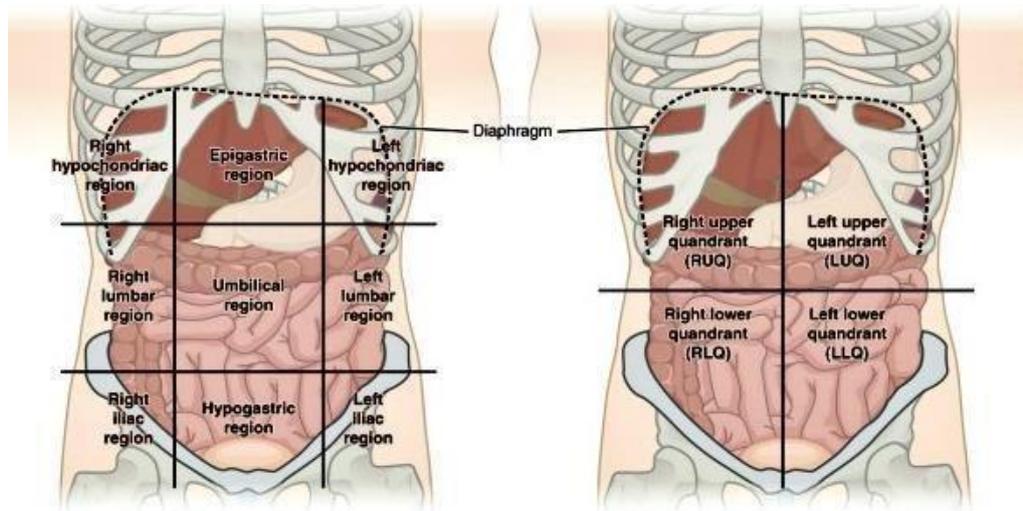
A. Konsep Medis

1. Anatomi Fisiologi

Abdomen merupakan bagian tubuh yang berbentuk rongga dan terletak di antara area toraks (dada) dan pelvis (panggul). (Palimbong & Pakambanan, 2023). Sebagai salah satu bagian tubuh utama, abdomen berfungsi sebagai tempat bagi berbagai organ vital yang mendukung proses pencernaan, metabolisme, dan ekskresi. Lokasinya yang berada di antara dua struktur penting menjadikannya area yang sangat berperan dalam aktivitas fisiologis tubuh manusia

Untuk menentukan lokasi tertentu di area abdomen, metode yang sering digunakan adalah pembagian abdomen dengan dua garis imajiner horizontal dan dua garis imajiner vertikal. Garis-garis tersebut membagi dinding depan abdomen menjadi sembilan bagian atau regio. Salah satu garis horizontal melewati tingkat tulang rawan iga kesembilan, sedangkan garis horizontal bawah sejajar dengan bagian atas crista iliaca. Sementara itu, garis vertikal berada di sisi kiri dan kanan tubuh, membentang dari tulang rawan iga kedelapan hingga tengah ligamentum inguinale. Sembilan bagian yang terbentuk adalah: 1) hipokondrium kanan (*hypochondriaca dextra*), 2) epigastrium (*epigastrica*), 3) hipokondrium kiri (*hypochondriaca sinistra*), 4) regio lumbal kanan (*lumbalis dextra*), 5) regio umbilikal (*umbilical*), 6) regio lumbal kiri (*lumbalis sinistra*), 7) regio inguinal kanan (*inguinalis dextra*), 8) regio pubik atau hipogastrium (*pubica/hipogastrica*), dan 9) regio inguinal kiri (*inguinalis sinistra*).

Gambar 2.1 anatomi abdomen



- a) Regio hipokondrium kanan meliputi lobus kanan hati, kantong empedu, sebagian duodenum, fleksura hepatic kolon, ginjal kanan bagian atas, dan kelenjar adrenal kanan.
- b) Regio epigastrium berisi pilorus lambung, duodenum, pankreas, serta sebagian hati.
- c) Regio hipokondrium kiri terdiri dari lambung, limpa, ekor pankreas, fleksura lienalis kolon, ginjal kiri bagian atas, dan kelenjar adrenal kiri.
- d) Regio lumbalis kanan mencakup kolon asenden, bagian bawah ginjal kanan, dan sebagian duodenum serta jejunum.
- e) Regio umbilikal is meliputi kolon transversum, omentum, mesenterium, duodenum bagian bawah, jejunum, dan ileum.
- f) Regio lumbalis kiri terdiri dari kolon desenden, bagian bawah ginjal kiri, serta sebagian jejunum dan ileum..
- g) Regio inguinalis dextra mencakup organ-organ seperti sekum, apendiks, bagian bawah ileum, dan ureter kanan

- h) Regio pubis atau hipogastrium meliputi organ seperti ileum, kandung kemih, dan uterus pada masa kehamilan.
- i) Regio inguinalis kiri mencakup kolon sigmoid, ureter kiri, dan ovarium kiri.

Struktur abdomen berdasarkan empat kuadran:

- a) Kuadran kanan atas berisi lobus kanan hati, kantung empedu, pilorus, duodenum, kepala pankreas, fleksura hepatic kolon, bagian bawah kolon asenden dan sebagian kolon transversum, ginjal kanan, serta kelenjar adrenal kanan.
- b) Kuadran kiri atas mencakup lobus kiri hati, limpa, lambung, tubuh pankreas, jejunum, bagian proksimal ileum, sebagian limpa, fleksura lienalis kolon, sebagian kolon transversum dan kolon desenden, ginjal kiri, serta kelenjar adrenal kiri.
- c) Kuadran kanan bawah terdiri dari sebagian besar ileum, apendiks, sekum vermiformis, bagian proksimal kolon asenden, dan ureter kanan bagian atas.
- d) Kuadran kiri bawah meliputi bagian distal kolon desenden, kolon sigmoid, ureter kiri, ovarium, kandung kemih, uterus, tuba fallopi, dan ductus deferens.

Dengan mengetahui letak organ-organ di dalam rongga perut, kita dapat memperkirakan organ mana yang berpotensi terluka ketika ada kelainan atau gangguan pada wilayah tertentu saat pemeriksaan fisik. Pengetahuan ini membantu dalam diagnosis awal dan menentukan langkah-langkah penanganan yang tepat berdasarkan lokasi kelainan yang terdeteksi.

2. Konsep Dasar Post Operasi Laparotomi

a) Pengertian Post Operasi Laparotomi

Laparotomi merupakan tindakan bedah yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut untuk keperluan diagnosis atau pengobatan. (Anwar et al., 2020). Prosedur ini dilakukan bertujuan untuk diagnostik maupun terapeutik, tergantung pada kondisi pasien. Dalam konteks diagnostik, laparotomi digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi masalah atau penyakit di dalam rongga perut, seperti tumor, infeksi, atau cedera. Sementara itu, secara terapeutik, prosedur ini memungkinkan dokter untuk melakukan tindakan pengobatan, seperti pengangkatan organ yang rusak, penanganan perdarahan internal, atau perbaikan jaringan yang mengalami kerusakan. Karena sifatnya yang invasif, laparotomi memerlukan perencanaan dan persiapan medis yang cermat untuk meminimalkan risiko komplikasi.

Laparotomi adalah prosedur pembedahan besar yang melibatkan sayatan pada dinding perut untuk menangani masalah di rongga abdomen, seperti kanker, obstruksi, perdarahan, dan perforasi. Tindakan ini dapat dilakukan pada bidang digestif, urologi, maupun kandungan. Prosedur ini sering menyebabkan nyeri pada pasien, yang memerlukan penanganan khusus karena respons terhadap nyeri dapat berbeda pada setiap individu. (Butar & Mendrofa, 2023).

Laparotomi adalah operasi besar yang melibatkan pemotongan dinding perut untuk mengakses dan menangani organ yang bermasalah, seperti akibat pendarahan, kanker, perforasi, atau penyumbatan. Prosedur ini digunakan untuk mengobati berbagai penyakit, termasuk pecahnya usus buntu, hernia inguinalis, penyakit lambung, kanker usus besar dan rektal, gangguan saluran cerna, iritasi pencernaan persisten, kolesistitis, dan

peritonitis.(Janiah, 2024)

Perawatan pasca operasi dan pemulihan dari laparotomi merupakan area fokus yang penting karena potensi komplikasi dan kebutuhan akan strategi manajemen yang efektif (Harvin et al., 2017). Tinjauan literatur ini mengkaji penelitian terkini tentang operasi pasca laparotomi, dengan fokus pada manajemen nyeri, perawatan luka, mobilisasi, dan komplikasi.

b) Etiologi

Kondisi medis yang menjadi dasar perlunya dilakukan tindakan bedah laparotomi.meliputi :

a. Trauma abdomen

Cedera pada area perut, baik akibat benturan tumpul maupun luka tusuk atau sayatan. Cedera ini mencakup kerusakan pada organ atau struktur yang berada di antara diafragma dan panggul, yang bisa disebabkan oleh dua tipe trauma tersebut :

- 1) Trauma penetrasi, melibatkan luka tusuk atau tembakan yang menembus rongga peritoneum.
- 2) Trauma tumpul, yang tidak menyebabkan penetrasi ke dalam rongga peritoneum dapat mengalami cedera akibat berbagai mekanisme, seperti pukulan, benturan keras, ledakan, perlambatan mendadak, tekanan eksternal, atau penggunaan sabuk pengaman.

b. Ruptur Hepar

Pecahnya hati (ruptur hepar) merupakan situasi medis yang jarang namun berpotensi fatal. Kondisi ini umumnya diawali oleh perdarahan di dalam jaringan hati (intraparenkimal) yang kemudian dapat berkembang menjadi penumpukan darah di bawah kapsul hati (hematoma subkapsular).

c. Peritonitis

Peritonitis merupakan kondisi peradangan yang terjadi pada peritoneum, yaitu selaput tipis yang melapisi bagian dalam rongga perut. Kondisi ini diklasifikasikan ke dalam tiga kategori

utama : primer, sekunder, dan tersier. Peritonitis primer biasanya disebabkan oleh *spontaneous bacterial peritonitis* (SBP) akibat penyakit hati kronis. Peritonitis sekunder terjadi akibat perforasi, seperti pada apendisitis, perforasi lambung, ulkus duodenum, atau perforasi kolon, terutama pada kolon sigmoid. Sedangkan peritonitis tersier umumnya disebabkan oleh proses pembedahan.

d. Perdarahan saluran pencernaan

Perdarahan saluran pencernaan adalah kondisi di mana terjadi pendarahan pada saluran cerna. Pendarahan ini bisa bersifat ringan dan sulit terdeteksi, atau bisa juga sangat parah hingga membahayakan nyawa.

e. Terjadinya obstruksi pada usus kecil maupun usus besar

Obstruksi usus adalah gangguan yang menghambat aliran normal isi usus di sepanjang saluran pencernaan, apapun penyebabnya. Meskipun obstruksi ini sering terjadi pada kolon akibat kanker, yang berkembang secara perlahan, sebagian besar kasus justru melibatkan usus halus. Obstruksi total pada usus halus adalah kondisi darurat yang memerlukan diagnosis cepat dan tindakan pembedahan segera untuk menyelamatkan nyawa pasien. Penyebabnya bisa meliputi perlengketan, di mana usus menempel pada area yang sembuh lambat atau jaringan perut pasca operasi; intusussepsi, yaitu saat satu bagian usus masuk ke bagian lain akibat penyempitan lumen usus; volvulus, di mana usus besar berputar pada mesokolon yang mengakibatkan penyumbatan dan distensi; hernia, yaitu proyeksi usus melalui area lemah pada dinding perut; dan tumor, baik yang berkembang di dinding usus atau yang memberi tekanan pada dinding usus dari luar.

f. Massa pada abdomen

Massa perut atau benjolan di perut merujuk pada pertumbuhan jaringan yang tidak normal di area perut. Massa ini dapat menyebabkan pembengkakan dan mengganggu fungsi organ-organ dalam perut akibat tekanan yang diberikan oleh massa tersebut.

c) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis setelah laparotomi meliputi:

- a. Nyeri saat ditekan
- b. Perubahan pada tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan
- c. Rasa mual, muntah, dan kehilangan nafsu makan
- d. Kelemahan tubuh
- e. Gangguan pada kulit dan jaringan subkutan
- f. Konstipasi.

d) Macam-Macam Penyakit Yang Dilakukan Operasi Laparatomi

Laparotomi adalah prosedur bedah yang dilakukan dengan membuat sayatan di dinding perut untuk mendiagnosis dan mengobati penyakit di organ dalam. Beberapa penyakit yang dapat diatasi dengan laparotomi di antaranya:

- Radang usus buntu
- Perdarahan gastrointestinal
- Cedera perut traumatis
- Infeksi rongga perut
- Kanker ovarium
- Kanker usus besar
- Kanker pankreas
- Batu empedu
- Kehamilan ektopik
- Endometriosis

Laparotomi juga dapat dilakukan untuk: Mengangkat tumor, Mengatasi perdarahan dalam perut, Memeriksa pembuluh darah dan jaringan di dalam perut. Prosedur laparotomi biasanya

dilakukan dengan bius total.

Laparotomi dilakukan pada pasien dengan trauma abdomen yang disertai hemoperitoneum, perdarahan saluran pencernaan, nyeri abdomen akut maupun kronik, serta kondisi klinis intraabdominal yang memerlukan tindakan pembedahan darurat seperti peritonitis, ileus obstruktif, dan perforasi. Indikasi utama untuk melakukan laparotomi meliputi perdarahan intraabdominal sebesar 39,0% dengan angka kematian 75,6%, iskemia usus sebesar 24,4% dengan mortalitas 80,5%, trauma abdomen sebesar 23,5% dengan angka kematian 75,5%, serta obstruksi usus 15,7% dan penyakit divertikular 14,3% (Tanio et al., 2018).

e) Komplikasi

Komplikasi yang mungkin dialami oleh pasien setelah menjalani laparotomi meliputi gangguan perfusi jaringan akibat tromboflebitis, kerusakan pada integritas kulit, serta masalah keperawatan seperti nyeri. (Afrilianti & Musharyanti, 2024). Pasien yang telah menjalani prosedur laparotomi berisiko mengalami komplikasi tertentu selama masa pemulihan. Salah satu komplikasi yang mungkin terjadi adalah gangguan perfusi jaringan, yang biasanya disebabkan oleh kondisi tromboflebitis atau peradangan pada pembuluh darah. Selain itu, integritas kulit pasien dapat terganggu akibat proses pembedahan, yang memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi atau kerusakan lebih lanjut. Nyeri juga sering menjadi masalah utama yang dialami pasien pascaoperasi, memengaruhi kenyamanan dan proses penyembuhan. Penanganan yang tepat untuk setiap komplikasi ini sangat penting agar pasien dapat pulih dengan baik dan mengurangi risiko masalah yang lebih serius.

f) Manajemen Nyeri Post Operasi Laparatomi

Manajemen nyeri yang efektif sangat penting untuk

pemulihan setelah laparotomi (Kalogera & Dowdy, 2019). Berbagai penelitian menyoroti pendekatan berbeda dalam pengendalian nyeri, diantaranya adalah sebagai berikut:

- (1) Analgesia Multimodal: Kombinasi analgesik, termasuk opioid, dan anestesi lokal, direkomendasikan untuk meminimalkan konsumsi opioid dan efek samping terkait (Xin et al., 2017).
- (2) Analgesia Epidural: Penelitian menunjukkan bahwa analgesia epidural memberikan pereda nyeri yang lebih baik dibandingkan dengan opioid sistemik, berkontribusi terhadap peningkatan fungsi pernapasan dan mobilisasi lebih awal (Budianto et al., 2018).
- (3) Metode Non-Farmakologi: Teknik seperti stimulasi saraf listrik transkutan dan terapi telah menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam mengurangi rasa sakit dan meningkatkan pemulihan (Prayogi et al., 2022; Yadi et al., 2019a).

g) Perawatan Luka Post Operasi Laparatomi

Perawatan luka merupakan aspek penting dalam pemulihan pasca laparotomi. Penelitian menekankan pentingnya penanganan luka yang tepat untuk mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan:

- (1) Teknik Antiseptik: Penggunaan larutan antiseptik untuk pembersihan luka telah terbukti mengurangi risiko infeksi lokasi bedah (Sharma et al., 2023).
- (2) Pembalutan Tingkat Lanjut: Inovasi dalam bahan pembalut luka, seperti pembalut hidrokoloid dan antimikroba, terbukti meningkatkan tingkat penyembuhan dan mengurangi infeksi (Ousey et al., 2023).
- (3) Pemantauan Luka: Penilaian rutin pada lokasi luka untuk mengetahui tanda-tanda infeksi atau dehiscence sangat

penting. Penerapan teknologi kesehatan seluler untuk pemantauan jarak jauh merupakan tren yang sedang berkembang (Liao et al., 2019).

h) Mobilisasi Luka Post Operasi Laparatomi

Mobilisasi sangat penting bagi pasien post operasi laparatomi (Kurnia & Yohanes, 2022). Mobilisasi dini sangat penting untuk mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam (*deep vein thrombosis/DVT*) dan meningkatkan pemulihan secara keseluruhan:

- (1) Ambulasi Dini: Penelitian mendukung ambulasi dini dalam waktu 24 jam pasca operasi, sehingga mempersingkat masa rawat inap di rumah sakit dan mengurangi komplikasi.
- (2) Terapi Fisik: Program terapi fisik terstruktur telah terbukti meningkatkan mobilitas, mengurangi rasa sakit, dan meningkatkan hasil pemulihan.
- (3) Spirometri Insentif: Mendorong penggunaan spirometer insentif membantu mencegah komplikasi paru dan meningkatkan fungsi paru.

i) Komplikasi Post Operasi Laparatomi

Operasi pasca laparatomi dikaitkan dengan beberapa potensi komplikasi, sehingga memerlukan pemantauan dan intervensi yang cermat, diantaranya adalah:

- (1) Infeksi: Infeksi merupakan kekhawatiran yang signifikan, dengan penelitian yang berfokus pada antibiotik profilaksis dan teknik aseptik untuk meminimalkan risiko.
- (2) Hernia Insisional: Perkembangan hernia insisional adalah komplikasi jangka panjang yang umum. Studi menyoroti pentingnya teknik bedah dan penggunaan jaring profilaksis pada pasien berisiko tinggi.
- (3) Adhesi: Adhesi pasca operasi dapat menyebabkan nyeri kronis dan obstruksi usus. Hambatan adhesi dan teknik invasif

minimal sedang diselidiki untuk mengurangi risiko ini.

- (4) Cedera Organ: Cedera yang tidak disengaja pada organ perut selama operasi dapat terjadi. Penelitian menekankan perencanaan bedah yang cermat dan pemantauan intraoperatif untuk mencegah insiden tersebut.

Menurut *International Association for The Study of Pain* tahun 1997 menyatakan bahwa nyeri merupakan suatu rasa yang tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Asosiasi internasional untuk penelitian nyeri (Yadi et al., 2019b)

Pasien yang menjalani operasi atau pembedahan akan mengalami luka insisi yang menyebabkan kerusakan pada sel saraf kulit. Trauma jaringan ini memicu pelepasan zat kimia seperti bradikinin, serotonin, histamin, dan enzim proteolitik, yang merangsang rasa nyeri dan menyebabkan kekakuan otot. Sinyal nyeri dari area yang terluka dihantarkan sebagai impuls elektrokimia melalui saraf menuju bagian dorsal dari sumsum tulang belakang. Setelah itu, sinyal tersebut diteruskan ke saraf perifer tubuh, yang dapat menyebabkan penyebaran nyeri. (Anwar et al., 2020)

Jika nyeri pasca-laparotomi tidak ditangani dengan baik, hal ini dapat menyebabkan berbagai dampak, seperti ketidaknyamanan, gangguan mobilitas, ketidakmampuan beraktivitas, serta munculnya rasa gelisah atau cemas. Selain itu, pasien mungkin mengalami penurunan nafsu makan, rasa sakit pada perut dan luka bekas operasi, serta komplikasi yang memengaruhi sistem pernapasan, seperti pernapasan cepat, dan sistem kardiovaskular. (Nadianti & Minardo, 2023)

Nyeri pascaoperasi adalah salah satu pengalaman yang paling umum dirasakan oleh pasien setelah menjalani prosedur bedah. Pengelolaan nyeri setelah operasi memiliki peranan penting dalam mempercepat pemulihan pasien agar dapat kembali berfungsi secara normal. Selain itu, pengendalian nyeri yang baik dapat membantu mencegah dampak fisiologis dan psikologis yang negatif akibat nyeri akut

yang tidak tertangani. Efek tersebut dapat mencakup ketidaknyamanan fisik dan tekanan emosional yang dapat menghambat proses pemulihan. Oleh karena itu, manajemen nyeri pascaoperasi sangatlah penting untuk mendukung kesejahteraan pasien secara menyeluruh.(Asnaniar et al., 2023)

Dapat disimpulkan bahwa operasi pasca laparotomi menggarisbawahi pentingnya pendekatan multifaset dalam perawatan pasien, yang melibatkan manajemen nyeri yang efektif, perawatan luka yang cermat, mobilisasi dini, dan pemantauan komplikasi yang cermat. Penelitian dan kemajuan yang sedang berlangsung dalam teknik bedah, metode pengendalian nyeri, dan protokol perawatan pasca operasi terus meningkatkan hasil bagi pasien yang menjalani laparotomi.

2. Teknik Relaksasi Genggam Jari

a. Pengertian Teknik Relaksasi Genggam Jari

Teknik Relaksasi Genggam Jari (*The Finger Hold Relaxation Technique/ FHRT*) adalah terapi komplementer yang berasal dari Jin Shin Jyutsu, sebuah praktik kuno Jepang yang berfokus pada keseimbangan energi dalam tubuh (Handoyo & Hartati, 2021). Teknik Relaksasi Pegang Jari (*The Finger Hold Relaxation Technique/FHRT*) adalah terapi komplementer yang bertujuan untuk menyeimbangkan energi dalam tubuh. Teknik ini berasal dari Jin Shin Jyutsu, praktik penyembuhan kuno dari Jepang. Terapi ini dilakukan dengan memegang setiap jari secara bergantian, di mana masing-masing jari dikaitkan dengan emosi tertentu, seperti kecemasan, kemarahan, atau ketakutan. Dengan memegang jari selama beberapa menit sambil fokus pada pernapasan, seseorang dapat merasakan efek relaksasi dan peredaan stres. FHRT dianggap sederhana dan mudah dilakukan, serta dapat membantu meningkatkan kesejahteraan fisik dan emosional.

Teknik ini melibatkan memegang setiap jari secara bergantian untuk mengurangi stres dan meningkatkan relaksasi (Suryadi, 2021). Teknik ini melibatkan memegang setiap jari secara bergantian selama beberapa menit untuk membantu mengurangi stres dan menciptakan rasa relaksasi. Setiap jari dipercaya berhubungan dengan emosi

tertentu, seperti ibu jari untuk kekhawatiran, telunjuk untuk rasa takut, atau jari tengah untuk kemarahan. Dengan memegang jari dan memusatkan perhatian pada pernapasan, tubuh dapat memasuki kondisi tenang dan seimbang. Proses ini bekerja dengan prinsip merangsang aliran energi dalam tubuh, seperti yang diajarkan dalam tradisi Jin Shin Jyutsu. Teknik ini mudah dilakukan di mana saja dan dapat menjadi alat praktis untuk mengelola emosi dan meningkatkan kesejahteraan.

Teknik relaksasi dengan menggenggam jari merupakan suatu pendekatan/metode sederhana yang dapat dilakukan oleh semua orang tanpa memerlukan keahlian khusus. Teknik ini melibatkan interaksi dengan jari tangan, yang diyakini memiliki hubungan dengan aliran energi dalam tubuh. Prosesnya sangat praktis dan tidak membutuhkan alat bantu tambahan, sehingga cocok digunakan kapan saja. Metode ini juga dikenal dengan istilah Finger Hold dan sering digunakan dalam berbagai praktik relaksasi. Tujuan utama dari teknik ini adalah membantu mengurangi ketegangan, meningkatkan rasa tenang, dan menyeimbangkan energi tubuh secara alami. (Perwira Kusuma et al., 2024)

Penelitian mengenai kemanjuran dan mekanisme FHRT telah berkembang, menyoroti potensi manfaatnya bagi kesehatan mental dan fisik. Tinjauan literatur ini mengkaji penelitian terkini tentang FHRT, dengan fokus pada penerapan, efektivitas, dan mekanisme yang mendasarinya.

b. Aplikasi FHRT

FHRT telah dieksplorasi untuk berbagai aplikasi baik dalam kondisi klinis maupun non-klinis:

- (1) Pengurangan Stres: Penelitian menunjukkan bahwa FHRT dapat secara efektif mengurangi tingkat stres dan kecemasan pada individu, menjadikannya alat yang berguna untuk manajemen stres (Novelia et al., 2023).
- (2) Manajemen Nyeri: Penelitian awal menunjukkan potensi manfaat FHRT dalam mengurangi nyeri kronis, terutama pada

kondisi seperti arthritis dan fibromyalgia.

- (3) Regulasi Emosional: Teknik ini juga digunakan untuk membantu individu mengelola emosi seperti kemarahan, ketakutan, dan kesedihan, dengan meningkatkan rasa tenang dan keseimbangan emosional.

c. Efektivitas FHRT

Efektivitas FHRT telah dievaluasi melalui berbagai penelitian dan uji klinis:

- (1) Uji Coba Terkontrol Secara Acak: Beberapa RCT telah menunjukkan penurunan kecemasan dan stres yang signifikan di antara peserta yang menggunakan FHRT dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak menerima intervensi atau pengobatan plasebo
- (2) Studi Kasus: Studi kasus individu telah melaporkan peningkatan tingkat nyeri, suasana hati, dan kesejahteraan secara keseluruhan setelah latihan FHRT secara teratur.
- (3) Penelitian Kualitatif: Umpan balik peserta dari penelitian kualitatif sering kali menyoroti manfaat subjektif, termasuk rasa rileks, peningkatan suasana hati, dan cara mengatasi stres sehari-hari dengan lebih baik.

d. Mekanisme FHRT

Mekanisme pasti bagaimana FHRT memberikan efeknya belum sepenuhnya dipahami, namun beberapa hipotesis telah diajukan:

- (1) Penyeimbangan Energi: Menurut pengobatan tradisional Jepang, memegang jari yang berbeda berhubungan dengan menyeimbangkan jalur energi atau meridian tertentu, yang dapat mempengaruhi kesehatan secara keseluruhan.
- (2) Modulasi Sistem Saraf: Beberapa peneliti berpendapat bahwa FHRT dapat merangsang sistem saraf parasimpatis, meningkatkan relaksasi dan mengurangi penanda fisiologis

stres.

- (3) **Perhatian dan Fokus:** Teknik ini memerlukan perhatian terfokus pada sensasi memegang setiap jari, yang dapat menyebabkan keadaan penuh perhatian dan mengalihkan perhatian dari pemicu stres, sehingga berkontribusi terhadap efek menenangkan.

e. Studi Komparatif

Studi komparatif telah mengeksplorasi bagaimana FHRT dibandingkan dengan teknik relaksasi lainnya:

- (1) **Versus Relaksasi Otot Progresif:** Studi yang membandingkan FHRT dan PMR menemukan bahwa kedua teknik tersebut efektif untuk mengurangi stres, dengan beberapa peserta lebih menyukai kesederhanaan dan portabilitas FHRT.
- (2) **Versus Latihan Pernapasan Dalam:** Penelitian menunjukkan bahwa FHRT dan latihan pernapasan dalam dapat menurunkan stres dan kecemasan, namun FHRT mungkin menawarkan manfaat tambahan terkait dengan regulasi emosional melalui asosiasi jari spesifiknya.

f. Implikasi dan Rekomendasi Klinis

Mengingat sifat non-invasif dan kemudahan penggunaannya, FHRT mempunyai beberapa potensi implikasi klinis:

- (1) **Terapi Integratif:** FHRT dapat dimasukkan ke dalam program terapi integratif untuk pasien dengan nyeri kronis, gangguan kecemasan, dan kondisi terkait stres.
- (2) **Alat Swadaya:** Dapat direkomendasikan sebagai alat bantu mandiri bagi individu yang mencari metode non-farmakologis untuk mengelola stres dan meningkatkan kesejahteraan emosional.
- (3) **Pelatihan dan Pendidikan:** Penyedia layanan kesehatan dapat dilatih untuk mengajarkan FHRT kepada pasien, sehingga memperluas ketersediaan teknik pelengkap ini.

g. Prosedur Teknik FHRT

Proses pelaksanaan teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit, dengan setiap jari digenggam secara bergantian dalam durasi waktu yang sama, satu per satu menurut (Astutik & Kurlinawati, 2017).

- (1) Duduk atau berbaring dalam posisi yang membuat tubuh merasa rileks
- (2) Gerakan menggenggam ibu jari dengan telapak tangan sebelahnya.
- (3) Gerakan menggenggam jari telunjuk dengan telapak tangan sebelahnya.
- (4) Gerakan menggenggam jari tengah dengan telapak tangan sebelahnya.
- (5) Gerakan menggenggam jari manis dengan telapak tangan sebelahnya.
- (6) Gerakan menggenggam kelingking dengan telapak tangan sebelahnya.
- (7) Tutup mata, fokus, tarik nafas dengan hidung serta keluarkan melalui mulut.
- (8) Katakan semakin rileks hingga benar-benar menjadi rileks.
- (9) Apabila keadaan sudah rileks bisa dilakukan dengan kata memberi motivasi kepada diri sendiri seperti saya pasti bisa, saya ingin masalah saya cepat selesai, maafkan, lepaskan, saya ingin nyeri cepat turun dan sebagainya sesuai permasalahannya.
- (10)Gunakan sugesti yang berlawanan sebagai perintah untuk menormalkan kembali pikiran bawah sadar, seperti memberi instruksi pada mata untuk kembali ke kondisi normal dan membuka kembali.
- (11)Rilekskan tangan dengan melepaskan genggam jari dan usahakan tubuh menjadi lebih tenang menggenggam jari

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah kejadian yang pernah dialami secara kompleks dan beragam yang melibatkan komponen sensorik, emosional, dan kognitif (Jamal et al., 2022). Memahami konsep dasar nyeri sangat penting untuk penilaian dan manajemen yang efektif. Tinjauan literatur ini mengeksplorasi pemahaman nyeri saat ini, dengan fokus pada definisi, jenis, mekanisme fisiologis, faktor psikologis, dan pendekatan manajemen nyeri.

Nyeri adalah pengalaman yang bersifat pribadi dan diekspresikan secara berbeda oleh setiap individu. Setiap orang memiliki tingkat pengalaman nyeri yang bervariasi sesuai dengan skala tertentu. Karena bersifat subyektif, persepsi nyeri seseorang dipengaruhi oleh pengalaman hidupnya. Nyeri didefinisikan sebagai sensasi fisik dan emosional yang tidak menyenangkan, disebabkan oleh kerusakan jaringan aktual atau yang berpotensi terjadi. (Rustianawati et al., 2013).

Penanganan nyeri pascaoperasi membutuhkan tindakan yang tepat. Perawat dapat mengelola nyeri pascaoperasi melalui manajemen nyeri yang meliputi pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. (Utami & Khoiriyah, 2020). Penanganan nyeri pascaoperasi memerlukan strategi yang tepat agar pasien dapat merasa nyaman dan proses penyembuhan berjalan lancar. Salah satu pendekatan utama dalam manajemen nyeri adalah penggunaan obat-obatan atau terapi farmakologis, yang melibatkan pemberian analgesik untuk mengurangi rasa sakit. Selain pendekatan farmakologis, perawat juga menerapkan metode nonfarmakologis, seperti teknik relaksasi, terapi panas atau dingin, serta perubahan posisi tubuh untuk membantu meredakan nyeri. Keduanya, baik farmakologis maupun nonfarmakologis, harus disesuaikan dengan kondisi pasien dan tingkat keparahan nyeri yang dirasakan. Kolaborasi antara tim medis dan pemantauan berkelanjutan terhadap respon pasien sangat penting untuk memastikan nyeri pascaoperasi dapat dikelola dengan efektif.

Nyeri adalah pengalaman emosional yang dialami seseorang

akibat kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi terjadi setelah operasi. Beberapa faktor yang memengaruhi persepsi nyeri meliputi makna yang diberikan terhadap nyeri, pengalaman sebelumnya, strategi koping, jenis kelamin, rasa takut, budaya, serta tingkat kelelahan.(Afrilianti & Musharyanti, 2024).

b. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasar durasi waktu, etiologi, dan intensitas. Klasifikasi nyeri seringkali diperlukan untuk menentukan pemberian terapi yang tepat (Pinzon, 2016).

- (1) Nyeri Akut: Nyeri jangka pendek yang berfungsi sebagai peringatan adanya kerusakan jaringan atau penyakit. Biasanya penyakit ini akan hilang setelah penyebab utamanya diobati.
- (2) Nyeri Kronis: Nyeri yang berlangsung lebih dari tiga bulan dan melampaui masa penyembuhan yang diharapkan. Seringkali hal ini memerlukan strategi pengelolaan yang komprehensif.
- (3) Nyeri Nociceptive: Disebabkan oleh aktivasi nosiseptor (reseptor nyeri) sebagai respons terhadap cedera atau peradangan. Bisa somatik (dari kulit, otot, tulang) atau visceral (dari organ dalam).
- (4) Nyeri Neuropatik: Akibat kerusakan atau disfungsi sistem saraf. Penyebab umumnya termasuk diabetes, herpes zoster, dan cedera saraf..

c. Mekanisme Fisiologis Nyeri

- (1) Nosisepsi: Proses mendeteksi dan mentransmisikan sinyal nyeri, yang melibatkan empat langkah utama: transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.
- (2) Transduksi: Konversi rangsangan berbahaya menjadi sinyal listrik oleh nosiseptor.
- (3) Transmisi: Jalur sinyal-sinyal ini melalui saraf tepi ke sumsum tulang belakang dan otak.
- (4) Modulasi: Perubahan intensitas sinyal nyeri dalam sistem saraf pusat.

(5) Persepsi: Pengalaman sadar akan rasa sakit di otak.

c. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

- (1) Faktor Psikologis: Emosi, keyakinan, dan sikap dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Kecemasan, depresi, dan bencana umumnya dikaitkan dengan peningkatan pengalaman nyeri.
- (2) Faktor Sosial: Latar belakang budaya, dukungan sosial, dan status sosial ekonomi juga dapat mempengaruhi persepsi dan penanganan nyeri. Misalnya, individu dari lingkungan sosial yang mendukung sering kali melaporkan hasil nyeri yang lebih baik.

d. Pengukuran Nyeri

- (1) Numeric Rating Scale (NRS) : Pasien diminta menilai nyeri yang dirasakan pada skala angka, biasanya dari 0 hingga 10, di mana:

0 : Tidak nyeri

Skor nyeri 1-3: Nyeri tergolong ringan, pasien masih dapat berkomunikasi dengan lancar dan jelas secara objektif.

Skor nyeri 4-6: Nyeri dalam tingkat sedang, pasien menunjukkan tanda-tanda seperti mendesis atau menyeringai, mampu menunjukkan lokasi rasa sakit, menjelaskannya, dan mengikuti instruksi dengan baik.

Skor nyeri 7-9: Nyeri berat, pasien kadang kesulitan mengikuti perintah tetapi masih merespons rangsangan, mampu menunjukkan area nyeri, tidak bisa menggambarkan rasa sakitnya, dan nyeri tidak dapat dikurangi hanya dengan mengubah posisi, menghela napas panjang, atau mengalihkan perhatian.

Skor nyeri 10: Nyeri sangat berat, di mana pasien sudah kehilangan kemampuan berkomunikasi dan dapat menunjukkan perilaku agresif seperti memukul.

Metode ini sederhana dan cocok untuk pasien yang mampu mengkomunikasikan kondisi mereka.

- (2) Alat Laporan Mandiri: Skala Analog Visual (VAS), Skala Penilaian Numerik (NRS), dan Kuesioner Nyeri McGill biasanya

digunakan untuk menilai intensitas dan kualitas nyeri.

- (3) Tindakan Perilaku dan Fisiologis: Mengamati perilaku pasien dan mengukur indikator fisiologis seperti detak jantung dan kadar kortisol dapat memberikan wawasan tambahan tentang pengalaman nyeri.

e. Pendekatan Manajemen Nyeri:

- (1) Perawatan Farmakologis: Termasuk analgesik (misalnya NSAID, opioid), obat tambahan (misalnya antidepresan, antikonvulsan), dan agen topikal.
- (2) Perawatan Non-Farmakologis: Terapi perilaku kognitif (CBT), terapi fisik, akupunktur, dan teknik relaksasi telah menunjukkan kemanjuran dalam mengatasi rasa sakit.
- (3) Manajemen Nyeri Multimodal: Menggabungkan perawatan farmakologis dan non- farmakologis untuk mengatasi berbagai aspek nyeri, memberikan pendekatan yang lebih komprehensif.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah serangkaian aktivitas yang dilakukan dalam praktik keperawatan untuk memberikan pelayanan langsung kepada pasien atau klien di berbagai lingkungan pelayanan kesehatan. Proses ini dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip keperawatan sebagai profesi yang menggabungkan ilmu pengetahuan dan seni dalam keperawatan, berlandaskan nilai-nilai humanisme, serta berfokus pada kebutuhan objektif klien untuk membantu mengatasi masalah yang dihadapinya.(Muhaini Atmayana Purba, 2019).

Proses keperawatan merupakan metode sistematis yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan klien.(Muhaini Atmayana Purba, 2019) Pendekatan ini berbasis pada metodologi ilmiah, yang memungkinkan perawat memberikan asuhan yang terstruktur dan terukur. Tahapannya mencakup pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi untuk memastikan efektivitas intervensi. Metode ini berfokus pada kebutuhan individu klien, baik

yang bersifat fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Dengan proses keperawatan, perawat dapat memberikan solusi yang spesifik, holistik, dan berbasis bukti untuk meningkatkan kualitas hidup klien.

1. Pengkajian

Menurut Doenges (2019), Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara menyeluruh untuk mengidentifikasi masalah yang dialami tubuh seseorang. (Baitussalam et al., 2022). Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data secara menyeluruh dan sistematis untuk memahami kondisi pasien. Data yang dikumpulkan mencakup informasi subjektif, seperti keluhan, riwayat kesehatan, dan pengalaman pasien, serta data objektif yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik, pengukuran tanda-tanda vital, dan hasil laboratorium. Tujuan utama pengkajian adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang sedang dialami atau berpotensi muncul pada tubuh pasien. Proses ini menjadi dasar penting dalam menentukan diagnosis keperawatan yang akurat dan menyusun rencana asuhan yang tepat. Dengan pengkajian yang komprehensif, perawat dapat memberikan intervensi yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan pasien secara holistik.

a) Informasi identifikasi pasien beserta penanggung jawabnya. Menurut Brunner & Suddarth (2013) dalam (Syahfarman, 2022)

(1) Data identitas pasien meliputi informasi seperti nama, usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosis medis, tanggal masuk rumah sakit, serta tanggal pengkajian. Sementara itu, identitas penanggung jawab mencakup nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan pasien.

b) Riwayat kesehatan pasien

(1) Keluhan utama saat pasien masuk rumah sakit (MRS)

Keluhan utama saat pasien masuk rumah sakit berasal dari data subjektif atau objektif yang paling menonjol dialami pasien. Pasien yang menjalani prosedur laparatomi biasanya melaporkan nyeri dengan tingkat lebih dari 5 pada skala 0 sampai 10. Secara fisik,

pasien terlihat meringis dan menunjukkan sikap protektif serta gelisah. Tanda-tanda lain yang muncul termasuk peningkatan denyut nadi dan kesulitan tidur, yang merupakan efek dari sayatan operasi pada luka. Selain nyeri, pasien juga mungkin mengalami mual, muntah, dan kelemahan tubuh secara umum.

(2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan saat ini merupakan kelanjutan dari keluhan utama. Pada pasien pasca laparatomi, biasanya keluhan yang muncul adalah nyeri di area luka operasi dan rasa mual. Nyeri umumnya dirasakan sekitar 6 jam setelah operasi, sedangkan mual dan muntah sering kali dipicu oleh efek obat anestesi. Gejala mual muntah ini biasanya mereda setelah efek anestesi hilang, yang umumnya berlangsung dalam

waktu 24 jam, tergantung pada dosis yang diberikan dan proses pemulihan masing- masing individu.

(3) Riwayat Kesehatan Sebelumnya

Riwayat kesehatan sebelumnya meliputi evaluasi terhadap faktor risiko yang mungkin berkontribusi pada kondisi kesehatan saat ini, termasuk berbagai penyakit seperti cedera pada perut, pecahnya hati (ruptur hepar), peradangan pada peritoneum (peritonitis), perdarahan internal pada saluran pencernaan, serta obstruksi pada usus kecil dan besar. Selain itu, informasi ini juga mencakup gambaran umum tentang kondisi kesehatan pasien di masa lalu.

(4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga meliputi pemeriksaan apakah terdapat anggota keluarga yang pernah menderita penyakit serupa, seperti peritonitis, atau memiliki penyakit yang diturunkan secara genetik.

c) Riwayat Pola Kebiasaan Sehari-hari

(1) Kebutuhan Oksigenasi

Penilaian Kebutuhan Oksigenasi dilakukan evaluasi terhadap pasien untuk mengidentifikasi adanya keluhan seperti batuk, produksi dahak, kemampuan batuk yang efektif, sesak napas, nyeri di dada, serta pemakaian oksigen.

(2) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Penilaian terhadap keluhan pasien yang berkaitan dengan mual dan muntah meliputi identifikasi penyebab mual, peningkatan produksi air liur, sensasi ingin muntah, serta tingkat keparahan mual dan muntah yang dialami. Selain itu, tinjauan juga dilakukan terhadap pola makan dan minum pasien, termasuk perubahan nafsu makan akibat kondisi penyakit, kesulitan menelan, rasa asam di mulut, gejala pucat, riwayat alergi, serta penggunaan alat bantu makan atau minum, dengan memperhatikan jenis alat dan frekuensi pemakaiannya setiap hari.

(3) Kebutuhan Eliminasi

Evaluasi konsistensi, jumlah, warna, dan bau urin, serta identifikasi apakah terdapat gangguan eliminasi. Periksa juga apakah pasien menggunakan alat bantu eliminasi.

(4) Kebutuhan tidur dan istirahat

Pola tidur dan istirahat pasien mungkin mengalami penurunan, karena rasa nyeri dan mual yang dirasakan dapat menyebabkan gelisah atau kesulitan tidur

(5) Kebutuhan aktivitas

Keterbatasan aktivitas pasien akan terlihat jelas akibat rasa nyeri dan mual yang mereka alami

(6) Kebutuhan rasa nyaman

Lakukan pemeriksaan terhadap pasien dengan menggali penyebab nyeri, karakteristik nyeri, area penyebaran nyeri, tingkat keparahan nyeri, serta durasi nyeri yang dirasakan. Biasanya, rasa nyaman pasien terganggu oleh adanya nyeri dan mual.

(7) Kebutuhan Personal Hygiene

Keterbatasan dalam melakukan aktivitas menyebabkan pasien kurang

memenuhi kebutuhan kebersihan diri.

d) Pemeriksaan klinis secara menyeluruh

(1) Penampilan Umum

Setelah menjalani operasi, penampilan umum pasien umumnya terlihat lemah, cemas, dan sering meringis.

(2) Pemeriksaan Fisik Persistem

(a) Sistem Pernapasan

Periksa apakah pasien menunjukkan tanda-tanda pneumonia atau atelektasis. Selain itu, lakukan penilaian terhadap kelancaran saluran napas, serta kedalaman, frekuensi, dan karakteristik pernapasan, termasuk sifat dan suara napas pada pasien setelah operasi. Pernapasan yang cepat dan pendek biasanya disebabkan oleh nyeri.

(b) Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien setelah operasi, sering kali muncul gejala syok seperti detak jantung cepat (takikardia), keringat berlebih, kulit yang tampak pucat, tekanan darah rendah (hipotensi), serta penurunan suhu tubuh. Selanjutnya, perlu dilakukan pemeriksaan untuk memastikan apakah pasien mengalami perdarahan, pembekuan darah di vena dalam (trombosis vena dalam), atau penyumbatan pembuluh darah paru (emboli paru).

(c) Sistem Hematologi Pasien terlihat pucat

(d) Sistem Syaraf Pusat

Pasien tidak melaporkan keluhan sakit kepala, menunjukkan kondisi kesadaran yang apatis dengan skor GCS 13, tanpa tanda-tanda peningkatan tekanan dalam otak, dan tidak terdapat gangguan pada sistem saraf.

(e) Sistem Integumen

Amati warna kulit di daerah perut dan identifikasi adanya luka operasi pada area tersebut. Ciri-ciri luka yang perlu diperhatikan meliputi ukuran panjang dan lebar, jumlah jahitan, warna dasar luka, tekstur permukaan, serta adanya perdarahan atau nanah.

Selain itu, penting untuk mengevaluasi usia luka, keberadaan dan posisi drainase, adanya pembengkakan (edema), bunyi usus, suara perut, serta tanda-tanda inflamasi.

(f) Sistem Perkemihan

Periksa adanya pembesaran atau penumpukan urine di kandung kemih, serta nilai dan amati sifat urine seperti volume, warna, dan aroma. Selain itu, pastikan apakah pasien menggunakan alat bantu keluarnya urine (seperti kateter) dan identifikasi jika terdapat gangguan saat proses buang air kecil.

(g) Sistem Muskuloskeletal

Kelemahan dan kesulitan berjalan disebabkan oleh nyeri di area perut, sedangkan efek samping anestesi yang sering muncul adalah kekakuan otot setelah operasi. Kondisi ini dapat bertahan beberapa jam dan umumnya diatasi dengan pemberian antibiotik.

(h) Sistem Pencernaan

Periksa keadaan mulut untuk mengetahui apakah terdapat produksi air liur yang berlebihan, rasa mual, serta adanya nyeri tekan pada perut. Selain itu, nilai suara bising usus yang mungkin berkurang, periksa tekstur tinja, dan pastikan apakah pasien mengalami konstipasi. Periksa juga apakah terdapat pembesaran hati, dan amati hasil perkusi pada perut yang menunjukkan suara timpani, yang umumnya muncul akibat perut kosong saat puasa.

(i) Pengkajian Nyeri

- Pendekatan PQRST menurut (Lukman & Ningsih,2012) :

Tabel 2.1 : Tabel Pengkajian Nyeri

No	Pengkajian	Deskripsi	Teknik Pengkajian
1.	Provokasi <i>Incident</i> P	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetuskan nyeri	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apa penyebab dari nyeri yang dirasakan? 2) Faktor apa saja yang bisa meringankan atau memperparah nyeri tersebut? 3) Posisi seperti apa yang membuat merasa lebih nyaman? 4) Untuk gangguan psikologis: Apakah nyeri muncul saat sedang tidak melakukan aktivitas? 5) Apa yang menyebabkan gejala menjadi semakin buruk? apakah yang menyebabkan nyeri?
2.	<i>Quality of pain</i> Q	sifat Pengkajian keluhan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bagaimana sifat atau karakter nyeri yang Anda rasakan? Seberapa parah nyeri tersebut saat ini, apakah sampai mengganggu atau bahkan membuat Anda tidak dapat melakukan aktivitas?
3.	<i>Region refered</i> R	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi keluhan nyeri	<ol style="list-style-type: none"> 1) Di mana lokasi nyeri yang di rasakan? Nyeri dirasakan di bagian tengah perut, melintasi area pusar dan sayatan vertikal. 2) Apakah nyeri tersebut menjalar ke area lain? Nyeri hanya terbatas di bagian perut saja gangguan nyeri dirasakan? nyeri terasa di bagian tengah abdomen melewati umbilikus dan sayatan vertikal.
4.	<i>Severity scalae of pain</i> S	Penilaian tingkat intensitas nyeri yang dialami pasien.	Seberapakah keparahan dirasakan dengan skala?

5.	<i>Time</i> T	Berapa lama nyeri tersebut dirasakan, dan apakah nyeri tersebut semakin parah pada siang atau malam hari?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kapan keluhan nyeri mulai muncul atau dirasakan? Nyeri mulai dirasakan sekitar 6 jam setelah operasi selesai. 2) Seberapa sering keluhan nyeri tersebut muncul atau terjadi? Nyeri sering muncul setelah sekitar 6 jam pasca operasi. 3) Apakah nyeri muncul secara tiba-tiba atau berkembang secara bertahap? keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan/dirasakan? Nyeri terasa ± 6 jam selesai operasi.
----	------------------	---	--

- Mengkaji persepsi nyeri
 - a) Intensitas nyeri: Pasien dapat diminta untuk menilai tingkat nyeri menggunakan skala nyeri.
 - b) Karakteristik nyeri: Pasien dapat menggambarkan durasi, frekuensi, irama, dan kualitas nyeri yang dirasakan.
 - c) Faktor-faktor yang meredakan nyeri: Misalnya, gerakan, istirahat, menghindari aktivitas berat, penggunaan obat bebas, atau hal-hal yang diyakini pasien dapat membantu mengurangi nyeri.
 - d) Dampak nyeri terhadap aktivitas sehari-hari: Ini mencakup gangguan pada tidur, nafsu makan, konsentrasi, interaksi sosial, pergerakan fisik, pekerjaan, dan aktivitas santai.
- Menilai respons fisiologis dan perilaku terhadap nyeri
 - a) Tanda-tanda fisiologis nyeri: Perubahan kondisi fisik yang muncul secara otomatis sering dianggap sebagai indikator yang lebih objektif dibandingkan laporan subjektif pasien mengenai nyeri. Namun demikian, reaksi tidak sadar seperti meningkatnya denyut jantung, frekuensi napas, kulit menjadi pucat, atau berkeringat, lebih menggambarkan aktivitas sistem saraf otonom daripada menandakan rasa nyeri secara langsung.
 - b) Respons perilaku terhadap nyeri: Reaksi perilaku terhadap rasa nyeri dapat terlihat dari ucapan, suara atau rintihan, mimik wajah, gerakan tubuh tertentu, kontak fisik dengan orang lain, maupun perubahan dalam cara individu berinteraksi dengan lingkungannya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan tahap kedua dalam proses keperawatan yang mencerminkan penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan, baik yang sedang terjadi maupun yang berpotensi terjadi.(PPNI, 2023)

Diagnosis keperawatan yang mungkin ditemukan pada pasien pasca-laparotomi, berdasarkan respons pasien dan mengacu pada (SDKI PPNI, 2017), yaitu :

a) Nyeri akut (D.0077)

Berhubungan dengan: Cedera fisik akibat prosedur bedah

Definisi: Suatu pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, baik nyata maupun potensial, yang terjadi secara tiba-tiba atau bertahap, dengan tingkat keparahan ringan hingga berat, dan berlangsung kurang dari tiga bulan.

- Tanda dan gejala utama:

Subjektif : pasien menyatakan merasakan nyeri

Objektif : Pasien tampak meringis, menunjukkan perilaku protektif seperti menjaga area yang nyeri, tampak gelisah, peningkatan frekuensi nadi, dan mengalami gangguan tidur

- Tanda dan gejala tambahan:

Subjektif : (Tidak tersedia data tambahan).

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola pernapasan berubah, penurunan nafsu makan, gangguan konsentrasi atau berpikir, menarik diri dari interaksi sosial, terlalu fokus pada diri sendiri, dan muncul keringat berlebih (diaphoresis).

b) Resiko infeksi (D. 0142)

Berhubungan dengan: Prosedur invasif pascaoperasi

Tanda dan gejala utama :

Subjektif : Keluhan nyeri di area luka operasi.

Objektif: Luka tampak kemerahan, keluar cairan atau nanah dari luka, serta hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan jumlah leukosit.

c) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. (D. 0054)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 : Perencanaan keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN	
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik</p> <p>- Tanda dan gejala utama: Subjektif : pasien menyatakan merasakan nyeri - Objektif : Pasien tampak meringis, menunjukkan perilaku protektif seperti menjaga area yang nyeri, tampak gelisah, peningkatan frekuensi nadi, dan mengalami gangguan tidur</p> <p>- Tanda dan gejala tambahan: Subjektif : (Tidak tersedia data tambahan). Objektif : Tekanan darah meningkat, pola pernapasan berubah, penurunan nafsu makan, gangguan konsentrasi atau berpikir, menarik diri dari interaksi sosial, terlalu fokus pada diri sendiri, dan muncul keringat berlebih (diaphoresis).</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan intensitas nyeri berkurang, yang ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan keluhan nyeri 2. Ekspresi meringis berkurang 3. Tidur menjadi lebih nyenyak atau gangguan tidur berkurang 4. Tingkat kegelisahan menurun 5. Produksi keringat berlebih (diaphoresis) berkurang 6. Otot tampak lebih rileks atau ketegangan otot menurun 7. Keluhan mual berkurang 8. Frekuensi muntah menurun 	<p>SIKI: Manajemen Nyeri Aktivitas keperawatan: Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, identitas nyeri 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respons non verbal 3. Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri seperti teknik relaksasi genggam jari 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri2. Jelaskan strategi meredakan nyeri3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat5. Berikan edukasi mengenai metode nonfarmakologis untuk membantu mengurangi nyeri, seperti penggunaan aromaterapi lemon dan teknik distraksi melalui pendengaran murottal Al-Qur'an. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bekerja sama dengan tim medis dalam pemberian obat analgesik bila diperlukan.2. Tindakan penunjang: Pemberian analgesik sesuai indikasi.
--	--	--	--

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN	
		TUJUAN/KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)
2.	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasif (D. 0142)</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Data subjektif : nyeri di daerah luka</p> <p>Data objektif : kemerahan di luka, terdapat nanah, hasil labor nilai leukosit tinggi.</p>	<p>Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi dapat menurun (L. 14137), dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam turun 2. Kemerahan berkurang 3. Bengkak berkurang 4. Kadar sel darah putih membaik 	<p>SIKI: Pencegahan Infeksi Aktivitas keperawatan: Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian antibiotik</p>

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN	
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, nyeri saat bergerak enggan melakukan pergerakan merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. (D. 0054).	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan terjadi peningkatan kemampuan mobilitas fisik (L.05042) dengan indikator keberhasilan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Rentang gerak cukup meningkat 3. Nyeri cukup menurun 4. Kecemasan cukup menurun 5. Kaku sendi cukup menurun 6. Gerakan tidak terbatas cukup menurun 7. Kelemahan fisik cukup menurun 	<p>SIKI: dukungan Mobilisasi Aktivitas keperawatan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian analgetik</p>

4. Implementasi

Menurut Astuti and Kurniawan (2020) menyatakan implementasi merupakan tahap di mana perawat melaksanakan asuhan keperawatan melalui tindakan intervensi yang bertujuan membantu pasien mencapai hasil yang diinginkan. Pada pasien pasca-laparotomi, implementasi dilakukan selama tiga hari hingga terlihat adanya perubahan kondisi pasien.(Syahfarman, 2022). Implementasi merupakan salah satu tahap dalam proses keperawatan yang berfokus pada penerapan rencana asuhan keperawatan ke dalam tindakan nyata. Tahap ini dilakukan oleh perawat untuk menjalankan intervensi yang telah dirancang sebelumnya berdasarkan hasil diagnosis keperawatan. Implementasi bertujuan untuk membantu pasien mencapai kondisi kesehatan yang optimal sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan. Pada pasien pasca-laparotomi, implementasi dilakukan secara khusus dengan fokus pada pemulihan kondisi pasien setelah operasi. Prosedur ini mencakup tindakan seperti pemantauan tanda-tanda vital, pengelolaan nyeri, perawatan luka operasi, dan pemberian edukasi tentang mobilisasi dini.

Implementasi bertujuan untuk mencegah komplikasi seperti infeksi atau trombosis, serta mempercepat proses penyembuhan. Proses implementasi pada pasien pasca-laparotomi biasanya dilakukan selama tiga hari pertama pasca-operasi. Periode ini dianggap kritis karena kondisi pasien cenderung rentan terhadap komplikasi. Selama tiga hari ini, perawat akan memantau secara intensif perubahan pada kondisi pasien, termasuk tanda-tanda penyembuhan atau adanya komplikasi yang mungkin muncul. Evaluasi menjadi bagian integral dari tahap implementasi, terutama pada pasien pasca-laparotomi. Perawat harus mencatat dan menganalisis setiap respons pasien terhadap intervensi yang diberikan.

Manajemen nyeri dilakukan melalui implementasi berupa terapi genggam jari dan relaksasi napas dalam selama 15 menit untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman pasien. Setelah intervensi ini dilakukan, pasien melaporkan merasa lebih nyaman. Hal ini menunjukkan bahwa teknik tersebut efektif diterapkan pada pasien pasca-laparotomi. Namun, efektivitasnya tetap

bergantung pada tingkat keparahan kondisi masing-masing pasien. Dengan evaluasi yang tepat, perawat dapat menentukan apakah tindakan yang dilakukan telah berhasil mencapai tujuan asuhan keperawatan atau perlu dilakukan penyesuaian dalam rencana asuhan untuk mendukung pemulihan pasien.

5. Evaluasi

Menurut Potter & Perry (2014) menyatakan evaluasi adalah proses intelektual yang bertujuan untuk menyempurnakan rangkaian proses keperawatan dengan menilai sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya telah berhasil mencapai tujuan yang ditetapkan dalam perencanaan. (Syahfarman, 2022). Evaluasi merupakan langkah intelektual yang bertujuan untuk melengkapi proses keperawatan dengan menilai sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya telah berhasil dicapai. Proses ini dilakukan dengan membandingkan hasil yang diperoleh dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam tahap perencanaan keperawatan. Evaluasi menjadi indikator penting dalam menentukan keberhasilan intervensi yang telah dilakukan. Jika tujuan belum tercapai, perawat dapat mengidentifikasi faktor penghambat dan melakukan penyesuaian pada rencana asuhan untuk meningkatkan efektivitasnya. Dengan demikian, evaluasi berperan sebagai refleksi dan panduan untuk memberikan asuhan keperawatan yang lebih optimal dan terarah sesuai kebutuhan pasien.

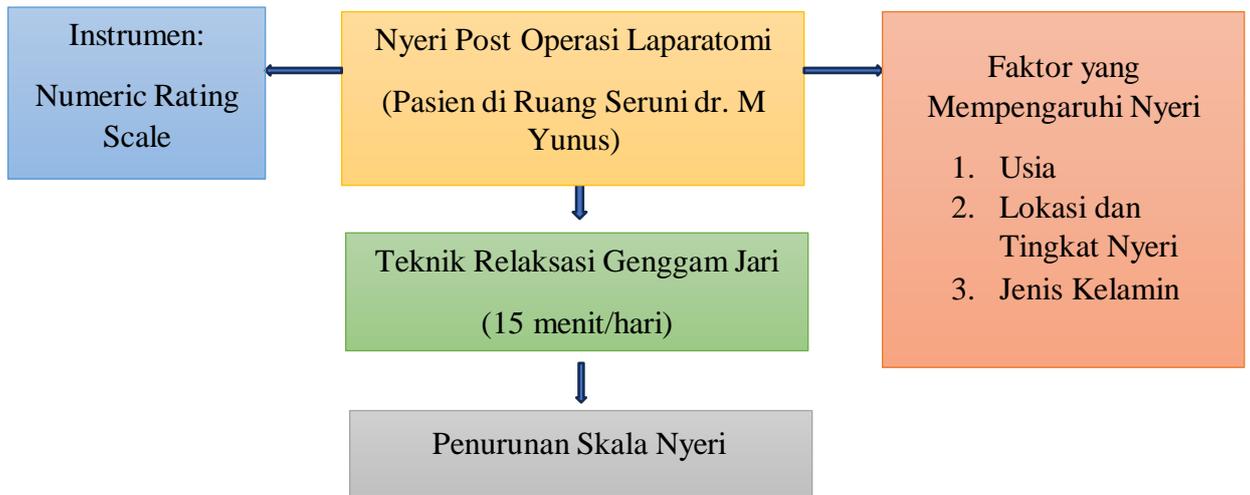
Evaluasi dilakukan menggunakan metode S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), dan P (Perencanaan berdasarkan analisis). Tahap ini merupakan bagian dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai respons pasien terhadap intervensi yang diberikan serta mengukur kemajuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sebagai tahap akhir, evaluasi berfokus pada pencapaian kemampuan pasien dan tujuan yang dirumuskan, dengan memantau perkembangan kondisi pasien secara menyeluruh.

Evaluasi yang diharapkan pada pasien pasca-laparotomi, sesuai dengan kriteria hasil, meliputi:

1) Nyeri akut :

- Penurunan nyeri akut yang ditandai dengan berkurangnya keluhan nyeri, penurunan ekspresi meringis, serta berkurangnya sikap melindungi area luka.
- Pasien menunjukkan penurunan tingkat gelisah dan mengalami perbaikan dalam pola tidur.
- Tanda-tanda vital kembali normal, dan pasien mulai menunjukkan peningkatan nafsu makan.

C. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian