

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR PENYAKIT

1. PRE OPERATIF

1.1 Pengertian

Pre operatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Qosim, 2010). Jika terjadi kesalahan pada fase ini maka akan berakibat fatal pada tindakan yang akan dilakukan berikutnya (Abdullah, 2015).

1.2 Dampak Pre Operatif

Pasien pre operasi akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan. Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan atau kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain : (Qosim, 2010).

- a. Takut nyeri setelah pembedahan.
- b. Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (body image).
- c. Takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti).
- d. Takut/cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.

- e. Takut/ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas.
- f. Takut mati saat dibius/tidak sadar lagi.
- g. Takut operasi gagal.

Ketakutan dan kecemasan yang mungkin dialami pasien dapat mempengaruhi respon fisiologis tubuh yang ditandai dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti : meningkatnya frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, sulit tidur, dan sering berkemih.

2. INTRA OPERATIF

2.1 Pengertian

Operasi atau pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, dan komplikasi (Puspita, 2014). Operasi atau pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan dan bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, dan komplikasi (Rokawie, 2017).

2.2 Jenis-Jenis Operasi

- a. Anggraeni (2016) menurut fungsinya (tujuannya) :
 - 1) Diagnostik : biopsi, laparotomi eksplorasi
 - 2) Kuratif (ablatif) : tumor, appendiktom

- 3) Reparatif : memperbaiki luka multiple
- 4) Rekonstruktif : mamoplasti, perbaikan wajah.
- 5) Paliatif : menghilangkan nyeri,
- 6) Transplantasi : penanaman ortgan tubuh untuk menggantikan tubuh atau struktur tubuh yang malfungsi (cangkok ginjal, kornea).

b. Menurut Luas atau Tingkat Resiko :

1) Mayor

Operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat resiko yang tinggi terhadap kelangsungan hidup klien.

2) Minor

Operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor (Anggraeni, 2016).

3. POST OPERASI

3.1 Pengertian

Post Operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya (Anggraeni, 2016). Tahap pasca-operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berakhir saat pasien pulang.

3.2 Komplikasi

Menurut Anggraeni (2016) komplikasi post operasi adalah perdarahan dengan manifestasi klinis yaitu gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin basah, pucat, nadi meningkat, suhu turun, pernafasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah.

Tindakan operasi pada pasien banyak menimbulkan dampak biopsikosial spiritual, salah satunya gangguan tidur yang dapat disebabkan oleh beberapa faktor, misalnya nyeri pada luka post operasi, lingkungan yang kurang nyaman, kecemasan karena rasa nyeri post operasi (Anggraeni, 2016).

Adanya luka yang menyebabkan nyeri tersebut membuat pasien merasa cemas untuk melakukan mobilisasi dini sehingga pasien cenderung untuk berbaring. Nyeri akut setelah pembedahan mayor mempunyai fungsi fisiologis positif, berperan sebagai peringatan bahwa perawatan khusus harus dilakukan untuk mencegah trauma lebih lanjut pada daerah tersebut. Nyeri setelah pembedahan normalnya dapat diramalkan hanya terjadi dalam durasi yang terbatas, lebih singkat dari waktu yang diperlukan untuk perbaikan alamiah jaringan-jaringan yang rusak (Purwandari. F, Rahmalia. S,& Sabrian. F, 2014). Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan di bidang kesehatan untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien. Perawat memberi asuhan keperawatan kepada klien di berbagai situasi dan keadaan yang memberikan intervensi untuk meningkatkan kenyamanan.

PQRST untuk Evaluasi Nyeri

P : Paliatif atau penyebab nyeri

Q : Quality/kualitas nyeri

R : Regio (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri

S : Subjektif deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyerinya

T : Temporal atau periode/waktu yang berkaitan dengan nyeri



Gambar 3.2. Numeric Rating Scale (NRS)

4. KUALITAS TIDUR

4.1 Pengertian

Kualitas tidur adalah ukuran dimana seseorang itu dapat kemudahan dalam memulai tidur dan untuk mempertahankan tidur, kualitas tidur seseorang dapat digambarkan dengan lama waktu tidur, dan keluhan – keluhan yang dirasakan saat tidur ataupun sehabis bangun tidur. Kebutuhan tidur yang cukup ditentukan selain oleh faktor jumlah jam tidur (kuantitas tidur), juga oleh faktor kedalaman tidur (kualitas tidur) (Aji, 2015).

4.2 Tahap-Tahap Tidur

Terdapat dua jenis tidur, yakni tidur paradoksal atau *rapid eye movement* (REM) dan tidur gelombang lambat atau *non-REM* (NREM). Tidur NREM dibagi menjadi 4 stadium. Seseorang yang baru tertidur memasuki stadium 1 yang ditandai oleh aktivitas elektroensefalogram (EEG) frekuensi tinggi amplitudorendah. Stadium 2 ditandai oleh munculnya kumparan tidur (sleep spindle). Disini terjadi letupan-letupan gelombang mirip alfa (10-14 Hz, 50 μ V). Pada stadium 3, pola yang timbul adalah gelombang dengan frekuensi yang lebih rendah dan amplitudo menjadi meningkat. Perlambatan maksimum dengan gelombang-gelombang besar dijumpai pada stadium 4. Dengan demikian, karakteristik tidur dalam adalah pola gelombang lambat ritmik, yang menunjukkan adanya sinkronisasi yang jelas (Angkat, 2009).

Perubahan-perubahan aktivitas korteks serebri selama tidur dikelompokkan dalam lima tahapan tidur, yaitu : (Pangastuti, 2013).

a. Tahap 1

Sewaktu siap untuk tidur, terbaring rileks, tonus otot mulai menurun dan mata masih terbuka, gelombang listrik otak memperlihatkan gelombang alfa dengan penurunan voltase.

b. Tahap 2

Timbul sekelompok gelombang berfrekuensi 14-18 siklus per detik, ini dinamakan gelombang tidur (sleep spindle). Pada tahap ini kedua bola mata berhenti bergerak dan tonus otot masih terpelihara.

Selama waktu ini masih akan terbangun oleh suara yang agak berisik. Selama beberapa waktu berikutnya, masuk dalam tidur lelap tahap 3.

c. Tahap 3

Masuk dalam tidur yang lebih lelap. Dalam tahap ini, orang yang tertidur cukup pulas, rileks sekali karena tonus otot lenyap sama sekali dan EEG memperlihatkan gelombang lambat delta 20-50%.

d. Tahap 4

Tahap ini adalah tahap tidur paling nyenyak, tanpa mimpi dan sulit dibangunkan. EEG memperlihatkan dominasi delta (>50%) dan gelombang tidur sulit didapat. Ada yang mengatakan bahwa pada waktu ini, hormon pertumbuhan diproduksi untuk memulihkan tubuh, memperbaiki sel, membangun otot dan jaringan pendukung, menguatkan tulang. Perasaan enak dan segar setelah tidur nyenyak mungkin disebabkan karena hormon pertumbuhan bekerja baik.

e. Tahap 5

Setelah berlangsungnya tahap 4, tiba-tiba bola mata mulai bergerak cepat, sehingga tidur ini disebut REM. Detak jantung dan napas bertambah cepat, tekanan darah naik, otot-otot anggota gerak dan badan tegang kembali (menggerakkan badan di tempat tidur). Walaupun ada aktivitas demikian anak masih lelap tertidur dan sulit terbangun. Mimpi yang jelas terlihat pada tahap ini. Dan tahap tidur

ini dapat memulihkan pikiran, menjernihkan rasa khawatir dan mempertahankan sel-sel otak.

Selama tahap tidur 1 – 4 kedua bola mata tidak bergerak secepat tahap tidur kelima. Oleh karena itu jenis tidur selama keempat tahap itu dikenal sebagai non *Rapid Eye Movement sleep* (nonREM)

4.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tidur

Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur diantaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stres emosional, stimulan, alkohol, diet, medikasi dan motivasi (Pangastuti, 2014) :

a. Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Individu yang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak dari pada biasanya. Siklus bangun-tidur selama sakit dapat mengalami gangguan.

a. Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus yang asing dapat menghambat upaya tidur. Sebagai contoh, temperatur yang tidak nyaman atau ventilasi yang buruk dapat mempengaruhi tidur seseorang, akan tetapi seiring waktu individu dapat beradaptasi dan tidak lagi terpengaruh dengan kondisi tersebut.

b. Kelelahan

Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang, semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat, biasanya siklus REM akan kembali memanjang.

c. Gaya hidup

Individu yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur pada waktu yang tepat.

d. Stres emosional

Ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar norepinefrin darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM tahap IV dan tidur REM serta seringnya terjaga saat tidur.

e. Stimulan dan alkohol

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang SSP sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sedangkan konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM. Ketika pengaruh alkohol telah hilang, individu seringkali mengalami mimpi buruk.

f. Diet

Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga di malam hari. Sebaliknya, penambahan berat

badan dikaitkan dengan peningkatan total tidur dan sedikitnya periode terjaga di malam hari.

g. Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Dampak yang diakibatkan adalah perokok sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun dimalah hari.

h. Medikasi

Obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik dapat mengganggu tahap III dan IV tidur NREM dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotik misalnya: meperidin hidroklorida dan morfin diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari.

i. Motivasi

Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya, perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat mendatangkan kantuk.

j. Usia

Silvanasari (2012) menyatakan bahwa pertambahan usia berdampak terhadap penurunan dari periode tidur, bahwa penurunan efisiensi tidur terbukti dari umur 40 tahun. Efisiensi tidur mengalami penurunan sebesar tiga persen setiap dekadenya. Hal ini mengindikasikan bahwa usia lansia berkaitan dengan perubahan

kualitas tidur, terutama dalam segi jumlah dan waktu yang mengganggu tidur. Pola tidur premorbid, dan status kesehatan secara umum mempengaruhi tidur. Apabila dibandingkan dengan tidur subyek dengan usia muda, tidur lansia kurang dalam, lebih sering terbangun, tidur delta berkurang, dan tidurnya tidak efektif

4.4 Klasifikasi Gangguan Tidur

- a. Gangguan tidur primer adalah gangguan tidur yang bukan disebabkan oleh gangguan mental lain, kondisi medis umum, atau zat. Gangguan tidur ini dibagi dua, yaitu disomnia dan parasomnia. Disomnia ditandai dengan gangguan pada jumlah, kualitas, dan waktu tidur. Parasomnia dikaitkan dengan perilaku tidur atau peristiwa fisiologis yang dikaitkan dengan tidur tertentu, atau perpindahan tidur-bangun.
- b. Gangguan tidur terkait dengan gangguan mental yaitu terdapatnya keluhan gangguan tidur yang menonjol, diakibatkan oleh gangguan mental lain tetapi tidak memenuhi syarat untuk ditegakkan sebagai gangguan tidur tersendiri.
- c. Gangguan tidur akibat kondisi medis umum yaitu adanya keluhan gangguan tidur yang menonjol yang diakibatkan oleh pengaruh fisiologis langsung kondisi medis umum terhadap siklus tidur bangun.
- d. Gangguan tidur akibat zat : adanya keluhan tidur yang menonjol akibat sedang menggunakan atau menghentikan penggunaan zat.

(Amir, 2007).

4.5 Pengukuran Kualitas Tidur

Kualitas tidur pada seseorang dapat diukur dengan menggunakan Pittsburgh Indeks Kualitas Tidur (PSQI). Komponen-komponen yang diukur dalam PSQI adalah sebagai berikut: (Pangastuti, 2014)

a. Kualitas tidur subjektif

Evaluasi dari kualitas tidur pada lansia secara subjektif merupakan evaluasi singkat terhadap tidur seseorang apakah tidurnya sangat baik atau sangat buruk.

b. Latensi tidur

Latensi tidur adalah durasi dari mulai berangkat tidur sampai tertidur. Latensi tidur juga bisa diartikan waktu yang dibutuhkan untuk jatuh tertidur.

c. Durasi tidur

Durasi tidur dihitung dari waktu seseorang tertidur sampai terbangun di pagi hari.

d. Efisiensi kebiasaan tidur

Efisiensi tidur adalah rasio presentase antara jumlah total jam tidur dibagi dengan jumlah jam yang dihabiskan ditempat tidur. Seseorang dikatakan mempunyai kualitas tidur baik apabila efisiensi kebiasaan tidurnya lebih dari 85%.

e. Gangguan tidur

Gangguan tidur merupakan keadaan terputusnya tidur yang mana pola tidur-bangun seseorang berubah dari pola kebiasaannya, hal ini menyebabkan penurunan kualitas tidur. Faktor-faktor yang berkaitan adalah kecemasan dan stres.

f. Penggunaan obat – obatan

Penggunaan obat-obatan yang mengandung sedativ mengindikasikan adanya masalah tidur. Obat-obatan dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik dapat mengganggu tahap III dan IV tidur NREM. Obat-obatan semacam narkotik contoh meperidin hidroklorida dan morfin, diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari. Obat yang digunakan untuk membantu tidur dapat menyebabkan ketergantungan psikis dan ketergantungan fisik. Contoh obat tersebut adalah: benzodiazepin, barbiturat, 35 glutetimid, kloral hidrat, meprobamat.

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI MAYOR

1. Pengkajian

Riwayat perjalanan penyakit, untuk mengetahui jenis post operasi mayor yang dilakukan, jenis anastesi yang diberikan, kapan gejala awitan (onset) mulai timbul, durasi nyeri, luar perlukaan post operasi seberapa besar dan seberapa lebar. Riwayat penyakit atau status kesehatan sebelum sakit : apakah pasien memiliki riwayat penyakit

hipertensi, diabetis militus, penyakit jantung, TIA (*Transient Ischemic Attack*), dislipidemia, hiperagregasi trombosit, obesitas, atau penyakit lain sebagai faktor resiko *stroke*. Pola atau kebiasaan gaya hidup selama sakit : merokok, minum alkohol stress, kurang aktivitas (Agustin, 2015).

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Tanda – tanda vital : tekanan darah, nadi respirasi, dan suhu.
- b. Tingkat kesadaran (*Glasgow Coma Scale* atau GCS).
- c. Pupil : ukuran, bentuk, dan reaksi terhadap cahaya.
- d. Fungsi serebral umum : orientasi, atensi, konsentrasi, memori, retensi, kalkulasi, similaritas, keputusan dan berfikir *abstrak*.
- e. Fungsi serebral khusus : kemampuan bicara dan berbahasa, kemampuan mengenal objek secara visual, audio, dan perabaan, serta kemampuan melakukan suatu ide secara benar dan tepat.
- f. Fungsi saraf kranial I – XII.
- g. Fungsi sebelum : tes keseimbangan dan koordinasi otot.
- h. Fungsi motorik : ukuran otot, tonus otot, kekuatan otot, gerakan involuter.
- i. Fungsi sensorik : nyeri di daerah insisi, sensasi nyeri yang dirasakan, skala nyeri, seberapa sering timbul nyeri.
- j. Faktor psikososial : respon terhadap penyakit, tersedianya sistrm pendukung atau *support system*, kebiasaan menyelesaikan masalah atau *coping mechanism*, pekerjaan, peran dan tanggung jawab

dalam keluarga dan masyarakat, serta pengambil keputusan dalam keluarga.

k. Jenis anestesi pasien saat dilakukan operasi :

umum (*General Anestesi*), anestesi regional maupun anestesi lokal (Agung, Andriyani, & Sari, 2013) : kaji stimulasi kardiovaskular, nyeri pada sisi injeksi, adanya mual dan muntah, depresi atau stimulasi pernafasan (Kurniawati, Ikawati, & Inayati, 2010).

l. Pola fungsional Gordon (Nurrahman, 2014).

- a) Pola persepsi kesehatan menggambarkan akan pentingnya pengetahuan tentang kesehatan.
- b) Pola nutrisi dan metabolik menggambarkan akan konsepsi relatif kebutuhan metabolik dan asupan gizi. Pola konsumsi makanan dan cairan, keadaan pertumbuhan, rambut, kuku, kulit dan membran mukosa.
- c) Pola eliminasi : menggambarkan pola ekresi
- d) Pola aktivitas dan mobilisasi : menggambarkan aktivitas pengisian waktu sehari hari.
- e) Pola tidur dan istirahat : menggambarkan pola istirahat dan tidur, apakah ada perubahan tidur dan istirahat sebelum dan sesudah dilakukan tindakan post operasi, durasi istirahat dan tidur.

- f) Pola persepsi dan konsep diri : kemampuan menggambarkan diri sendiri, kemampuan dan peran.
- g) Pola mekanisme koping : pada pasien hemangioma mengalami ketakutan akan penyakit yang di derita dan tindakan yang akan dilakukan.
- h) Pola keyakinan dan kepercayaan : menggambarkan dalam diri melakukan ibadah, agama yang dianut
- m. Pemeriksaan penunjang : CT scan otak, MRI otak, thorax, photo, EKG, laboratorium : gula darah, sistem hemostase, lipid analisa, ureum atau creatin, elektrolit, analisa gas darah, protein C, protein S, AT III, dan pemeriksaan penunjang lain bila perlu sesuai kondisi pasien, misalnya : TCD (Trans Cranial Doppler), EEG (Electro Encephalography), dan echo jantung.

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera post operasi mayor (Nurarif & Kusuma, 2015).
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut akibat post operasi mayor.

4. Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera post operasi mayor.
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam pasien diharapkan nyeri akut teratasi.
Kriteria hasil:

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi, mencari bantuan).
- b) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, dan tanda nyeri).
- c) Merasakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Intervensi :

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
 - b) Observari reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
 - c) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
 - d) Ajarkan tentang teknik non farmakologi (misal : nafas dalam)
 - e) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut akibat post operasi mayor.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam pasien diharapkan gangguan pola tidur teratasi.

Kriteria hasil :

- a) Jumlah jam tidur dalam batas normal 6 – 8 jam/hari.
- b) Pola tidur kualitas dalam batas normal.
- c) Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.

Intervensi :

- a) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.

- b) Ciptakan lingkungan yang nyaman.
- c) Kolaborasi pemberian obat tidur
- d) Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik terapi *slow stroke back massage* untuk kualitas tidur pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan harus dilakukan secara kontinu, dilakukan sepanjang proses keperawatan. Pada evaluasi, seseorang harus memikirkan apa yang sebenarnya terjadi atau kondisi atau hasil apa yang telah tercapai, dan menyesuaikan dengan derajat optimal kualitas yang diidentifikasi (Agustin, 2015).

C. KONSEP DASAR PENERAPAN *SLOW STROKE BACK MASSAGE*

1. Pengertian *Slow Stroke Back Massage*

Massage merupakan teknik manipulasi jaringan lunak melalui tekanan dan gerakan. Teknik ini dapat dilakukan pada seluruh tubuh maupun pada bagian tertentu (contoh punggung, kaki dan tangan).

Slow Stroke Back Massage adalah massage yang dapat diberikan untuk mengatasi gangguan kualitas tidur pada pasien post operasi. *Slow stroke back massage* tidak hanya memberikan relaksasi secara menyeluruh, namun juga bermanfaat bagi kesehatan seperti melancarkan sirkulasi darah, menurunkan tekanan darah, menurunkan respon nyeri, dan meningkatkan kualitas tidur (Afrila, 2015). Terapi dilakukan 12-15 kali pijatan dalam satu menit dalam waktu 3-10 menit. Usapan yang panjang

dan lembut memberikan kesenangan dan kenyamanan bagi klien, sedangkan usapan yang pendek dan sirkuler cenderung bersifat menstimulasi (Afrila, 2015). Terapi ini memiliki efek relaksasi dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis sehingga terjadi vasodilatasi arteriol kemudian menurunkan tekanan darah.

2. Tujuan *Slow Stroke Back Massage*

Tujuan relaksasi masase adalah mengurangi ketegangan otot, membantu melancarkan sirkulasi darah, memberikan rasa rileks pada tubuh, menghilangkan stress (Wuryani, 2015). Area masase yang baik dilakukan adalah pada area punggung.

Slow stroke back massage dapat meningkatkan aliran darah serta nutrisi ke area tertentu dan meningkatkan ekskresi produk limbah seperti asam laktat yang akan menghasilkan pelepasan energi dan penurunan fatigue pada pasien yang menjalani hemodialisis (Rohmah, 2017). Terapi *slow stroke back massage* juga dapat memberikan rasa tenang dan menghilangkan rasa cemas apabila dikombinasikan dengan wangi-wangian seperti aromaterapi (Rohmah, 2017).

3. Manfaat *Slow Stroke Back Massage*

Menurut (Pangastuti, 2014) manfaat atau efek massage adalah sebagai berikut:

- a. Memperlancar peredaran darah

- b. Membantu pembentukan penerapan dan pembuangan sisa-sisa pembakaran dalam jaringan-jaringan.
- c. Massage juga membantu pengaliran cairan lympa lebih cepat
- d. Membantu kelancaran pengaliran cairan lympa didalam pembuluh-pembuluh lympa kecil ke lympa yang lebih besar yang dapat menurunkan intensitas nyeri.

4. Metode *Slow Stroke Back Massage*

Metode *Slow Stroke Back Massage* dilakukan 12-15 kali pijatan dalam satu menit dalam waktu 3-10 menit. Usapan yang panjang dan lembut memberikan kesenangan dan kenyamanan bagi klien, sedangkan usapan yang pendek dan sirkuler cenderung bersifat menstimulasi (Afrila, 2015). Gerakan *Slow Stroke Back Massage* dimulai pada bagian tengah punggung bawah kemudian kearah atas area belahan bahu kiri dan kanan. (Rossalinda, 2015).

5. Mekanisme Kerja *Slow Stroke Back Massage*

Slow stroke back massage menstimulasi saraf-saraf di superfisial di kulit yang kemudian diteruskan ke otak di bagian hipotalamus. Sistem saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin. Pengeluaran endorfin mengakibatkan meningkatnya kadar endorfin dalam tubuh. Peningkatan hormon endorfin merangsang produksi hormon dopamin dan hormon serotonin. Hormon dopamin yang meningkat menyebabkan kecemasan berkurang sedangkan hormon serotonin yang meningkat dapat mengurangi gangguan tidur.

Pengeluaran hormon endorfin dapat memblokir transmisi stimulus nyeri sehingga menurunkan kecemasan dan nyeri (Kurniawan, 2016).

6. Indikasi Dan Kontraindikasi *Slow Stroke Back Massage*

Gangguan kualitas tidur pada pasien post operasi akibat nyeri dapat diatasi dengan terapi farmakologis dan nonfarmakologi, untuk terapi farmakologi atau terapi komplementer dapat diberikan stimulus *slow stroke back massage*. Terapi ini yaitu memberikan sentuhan pada punggung selama 3-10 menit.

Beberapa penelitian yang menggunakan terapi *slow stroke back massage* menemukan bahwa intervensi keperawatan ini sangat membantu dalam relaksasi dan peningkatan tidur (Kurniawan, 2016). Berdasarkan beberapa penelitian yang dilakukan indikasi untuk terapi *slow stroke back massage*, yaitu : penurunan intensitas nyeri, menurunkan kecemasan dan meningkatkan kualitas tidur.

Terapi *slow stroke back massage* tidak boleh dilakukan pada kulit daerah punggung yang mengalami luka bakar, memar, ruam kulit, inflamasi, dan kulit dibawah tulang yang fraktur dikarenakan memijat jaringan yang sensitif dapat menyebabkan cedera jaringan yang lebih lanjut sedangkan memijat di daerah kulit yang kemerahan meningkatkan kerusakan kapiler pada jaringan dibawahnya.

7. Prosedur Pelaksanaan *Slow Stroke Back Massage*

Prosedur pelaksanaan stimulus *slow stroke back massage* (Rossalinda, 2015), adalah :

- a. Fase Orientasi :
 - a. Mengucap salam
 - b. Memperkenalkan diri
 - c. Kontrak waktu
 - d. Menjelaskan tujuan
 - e. Menanyakan kesiapan klien
- b. Fase Kerja
 - a) Klien dipersilahkan untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bisa tidur, miring, telungkup, atau duduk.
 - b) Buka punggung klien, bahu, dan lengan atas. Tutup sisanya dengan selimut.
 - c) Sebelum melakukan terapi *slow stroke back massage*, dilakukan pemeriksaan lokalis terlebih dahulu.
 - d) Setelah itu perawat mencuci tangan dengan air hangat. Hangatkan losion (minyak kelapa) ke telapak tangan atau tempatkan botol losion ke dalam air hangat. Tuang sedikit losion di tangan. Jelaskan pada responden bahwa losion akan terasa dingin dan basah. Gunakan losion sesuai kebutuhan.
 - e) Lakukan usapan pada punggung dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan sesuai dengan metode di atas selama 3-10 menit. Jika responden mengeluh tidak nyaman, prosedur langsung dihentikan.

- f) Akhiri usapan dengan gerakan memanjang dan beritahu klien bahwa perawat mengakhiri usapan.
 - g) Bersihkan kelebihan dari lubrikan dari punggung klien dengan handuk mandi.
 - h) Bantu klien memakai bajunya kembali.
 - i) Bantu klien pada posisi yang nyaman.
 - j) Rapiakan alat dan cuci tangan.
- c. Fase Terminasi
- a) Menyampaikan hasil anamnesa dan dokumentasi.
 - b) Menyampaikan rencana tindak lanjut dan berpamitan.
- d. Penampilan Selama Tindakan
- a) Ketenangan.
 - b) Menjaga keamanan perawat.
 - c) Menjaga keamanan klien.

