

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Laparatomi

1. Pengertian laparatomi

Laparatomi adalah operasi yang dilakukan untuk membuka abdomen (bagian perut). Kata "laparatomi" pertama kali digunakan untuk merujuk operasi. Kata tersebut terbentuk dari dua kata Yunani, "lapara" dan "tome". Kata "lapara" berarti bagian lunak dari tubuh yg terletak di antara tulang rusuk dan pinggul. Sedangkan "tome" berarti pemotongan (Kamus Kedokteran, 2011). Laparotomi merupakan pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen (Sjamsuhidayat & Jong, 2010).

2. Jenis insisi laparotomi

Jenis Insisi laparatomi menurut Jitowiyono (2010) :

a. *Midline incision*

Dibuat melalui linea alba. Linea alba adalah tendon berserat, tidak mempunyai pembuluh darah dan tidak terdapat darah, yang terletak membujur ke bawah pada abdomen anterior dan membagi otot rectus

abdominus kanan dan kiri. Insisi ini cepat dan mudah di akses, mudah dibuat, diperpanjang atau saat ditutup kembali.

b. *Paramedian Incision*

Merupakan sayatan sedikit ke tepi dari garis tengah dengan jarak sekitar 2,5 cm dengan panjang 12,5 cm. pembedahan memerlukan waktu yang lama dibanding dengan insisi midline, tampilan estetika tidak terlihat bagus dan juga beresiko tinggi terhadap infeksi, serta dapat memutuskan saraf dari rectus tengah karena terpisahnya otot rectus yang lebih dari 1 cm dari bagian tengah yang kemudian akan mengganggu saraf interkostal.

c. *Transverse upper abdomen Incision*

Adalah insisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.

d. *Transverse lower abdomen Incision*

Yaitu insisi melintang dibagian bawah 4 cm di atas anterior spinil iliaka, misalnya pada operasi appendisitis.

3. Indikasi Laparatomi

Indikasi dilakukannya laparatomi yakni ditemukan adanya trauma abdomen (tumpul atau tajam), peritonitis, perdarahan saluran pencernaan, sumbatan pada usus halus dan usus besar. Sementara beberapa kontraindikasi yang terjadi dengan dilakukannya laparatomi adalah ventilasi paru tidak

adekuat, terjadi gangguan kardiovaskuler, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta akan terjadi adanya gangguan rasa nyaman (Mansjoer, 2007).

4. Masalah yang terjadi post laparatomi

Beberapa masalah atau komplikasi yang mungkin terjadi pasca operasi laparatomi menurut Jitowiyono (2010) adalah: Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis, Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi luka, Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi, pendarahan, nyeri.

a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis,

Tromboflebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak.

b. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi
Dehisensi luka.

Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi dan eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutupnya waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk atau muntah.

c. 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 aureus, organisme, gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pendarahan.

d. Nyeri

Nyeri post operasi merupakan hal yang normal dan umum terjadi, Beberapa langkah dapat diambil untuk meminimalisasi atau meredakannya.

5. Konsep luka

a. Pengertian luka

Luka adalah kerusakan kontinuitas kulit, mukosa membran dan tulang atau organ tubuh lain. Ketika luka timbul beberapa efek akan muncul seperti hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ, respon stres simpatis, perdarahan serta pembekuan darah, kontaminasi bakteri dan kematian sel (Kozier, 2010).

Luka merupakan suatu kerusakan integritas kulit yang dapat terjadi ketika kulit terpapar suhu atau pH, zat kimia, trauma dan radiasi (Rosina dan Pemila, 2007).

b. Jenis-jenis luka

Jenis-jenis luka berdasarkan tingkat kontaminasi menurut Baririen, 2011 antara lain:

1) *Clean wounds* (luka bersih)

Yaitu luka bedah tidak terinfeksi yang mana tidak terjadi proses peradangan dan infeksi pada sistem pernafasan, pencernaan, genital, dan urinari tidak terjadi. kemungkinan terjadinya infeksi luka sekitar 1-5%.

2) *Clean contaminated wounds* (luka bersih terkontaminasi)

Merupakan luka pembedahan dimana saluran respirasi, pencernaan, genital atau perkemihan dalam kondisi terkontrol, kontaminasi tidak selalu terjadi, kemungkinan terjadinya infeksi luka adalah 3-11%.

3) *Contaminated wounds* (luka terkontaminasi)

Termasuk luka terbuka, luka akibat kecelakaan dan operasi dengan kerusakan besar dengan teknik aseptik atau kontaminasi dari saluran cerna, pada kategori ini juga termasuk insisi akut. kemungkinan insisi luka 10-17%.

4) *Dirty or infected wounds* (luka kotor)

Yaitu terdapatnya mikroorganisme pada luka.

c. Fase penyembuhan luka

Proses penyembuhan luka bersifat dinamis dengan tujuan akhir pemulihan fungsi dan integritas jaringan. Proses penyembuhan luka dapat dibagi menjadi tiga fase menurut Potter dan Perry, 2010 antara lain:

1) Fase peradangan (Inflamasi)

Fase peradangan atau inflamasi merupakan reaksi tubuh terhadap luka yang dimulai setelah beberapa menit dan berlangsung selama sekitar tiga hari setelah cedera. respon terhadap peradangan ini sangat penting terhadap proses penyembuhan luka, terlalu sedikit inflamasi yang terjadi akan menyebabkan fase inflamasi berlangsung lama dan proses perbaikan menjadi lama. terlalu banyak inflamasi juga dapat memperpanjang penyembuhan karena sel yang tiba pada luka akan bersaing untuk mendapatkan nutrisi yang memadai.

2) Fase regenerasi (Proliferasi)

Fase proliferasi (tahapan pertumbuhan sel) , fase kedua dalam proses penyembuhan, memerlukan waktu 3-24 hari. Fase regenerasi merupakan fase pengisian luka dengan jaringan granulasi yang baru dan menutup bagian atas luka dengan epitelisasi.

3) Fase remodeling (Maturasi)

Maturasi merupakan tahap terakhir proses penyembuhan luka, dapat memerlukan waktu lebih dari satu tahun, bergantung pada kedalaman dan luas luka. Jaringan parut kolagen terus melakukan reorganisasi dan

akan menguat setelah beberapa bulan. Luka yang telah sembuh biasanya tidak memiliki daya elastisitas yang sama dengan jaringan yang digantikannya.

6. Nyeri

a. Definisi

Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri (*International Association for the Study of Pain, IASP*) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Herdman, 2012).

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seseorang individu (Potter dan Perry, 2010).

b. Jenis – jenis nyeri

Jenis – jenis nyeri menurut Tamsuri, 2007 antara lain:

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. yang termasuk dalam kategori nyeri kronik adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronik dan psikomatis.

c. Fisiologi nyeri post laparatomi

Nyeri selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsang nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah *nosisseptor*, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon terhadap stimulus yang kuat. Munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri. Stimulus-stimulus tersebut dapat berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik. Reseptor merupakan sel-sel khusus yang mendeteksi perubahan-perubahan partikular disekitarnya, kaitannya dengan proses terjadinya nyeri maka reseptor-reseptor inilah yang menangkap stimulus-stimulus nyeri (Prasetyo,

2010). beberapa penggolongan reseptor nyeri Menurut Presetyo (2010) antara lain:

- 1) Termoreseptor : reseptor yang menerima sensasi suhu.
- 2) Mekanoreseptor : reseptor yang menerima stimulus–stimulus mekanik.
- 3) Nosiseptor : reseptor yang menerima stimulus–stimulus nyeri.
- 4) Kemoreseptor : reseptor yang menerima stimulus kimiawi.

Cara yang paling baik untuk memahami pengalaman nyeri akan membantu menjelaskan tiga komponen fisiologis berikut, yakni: resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam massa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga di transmisi tanpa hambatan ke korteks serebral. Sekali stimulus nyeri mencapai korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam mempersepsikan nyeri (Potter & Perry, 2010).

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Smeltzer & Bare, 2012 adalah:

1) Pengalaman

Individu yang mempunyai pengalaman multipel dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran dibanding orang yang hanya mengalami sedikit nyeri.

2) Ansietas

Ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri.

3) Budaya

Budaya dan etniksitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri (bagaimana nyeri diuraikan atau seseorang berperilaku dalam berespon terhadap nyeri).

4) Usia

Pengaruh usia pada persepsi nyeri dan toleransi nyeri tidak diketahui secara luas.

e. Pengkajian Nyeri

Pengkajian karakteristik nyeri membantu dalam membentuk pengertian pola nyeri dan tipe terapi yang digunakan untuk mengatasi nyeri. Kriteria pengkajian nyeri yang biasa digunakan adalah metode pengkajian karakteristik nyeri dengan PQRST menurut (Potter dan Perry, 2010).

1) Faktor pencetus (P : Provocate)

Mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada pasien, dapat juga melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera.

2) Kualitas (Q : Quality)

Merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh pasien, seringkali pasien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, perih, tertusuk-tusuk dan lain-lain.

3) Lokasi nyeri (R : Regio)

Untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta pasien untuk menunjukkan semua daerah yang dirasa tidak nyaman. Untuk melokalisasi nyeri dengan daerah yang lebih spesifik, perawat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri. dalam

mendokumentasikan hasil pengkajian tentang lokasi nyeri, hendaknya menggunakan bahasa anatomi atau istilah deskriptif.

4) Keparahan (S : Severe)

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai nyeri ringan, sedang, atau parah. Alat VDS (*Verbal Descriptor Scale*) memungkinkan untuk memilih sebuah kategori mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numerik (*Numeric Rating Scale, NRS*) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata.

5) Durasi (T : Time)

Lebih mudah untuk mendiagnosa sifat nyeri dengan mengidentifikasi faktor waktu.

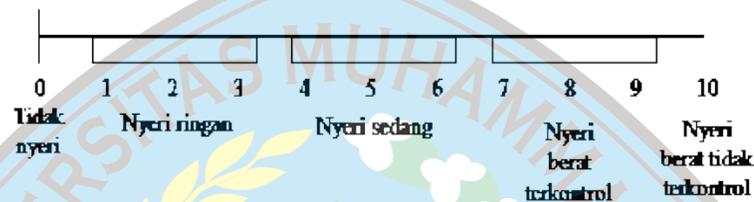
f. Pengukuran nyeri

Kesulitan dalam mengukur rasa nyeri disebabkan oleh subyektivitas yang tinggi dan tentunya memberikan perbedaan secara individual. Pengukuran nyeri dapat merupakan pengukuran satu dimensional saja atau pengukuran berdimensi ganda. Macam – macam pengukuran skala nyeri menurut Sudoyo, 2006 antara lain:

- 1) Skala deskriptif Merupakan garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang

garis. Ukuran skala ini diurutkan dari tidak terasa nyeri sampai tertahan (Potter dan Perry, 2010)

- 2) Skala penilaian numerik (*Numeric Rating Scale, NRS*) lebih digunakan sebagai alat pengganti deskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10 (Judha, 2012).



Gambar 2.2 *numerical rating scale*

(Sumber : <http://www.painedu.org>)

- 3) Skala analog visual (*Visual Analog Scale, VAS*) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Ujung kiri diberi tanda “*no pain*” dan ujung kanan diberi tanda “*bad pain*” (Sudoyo, 2006).

3) Skala analog visual



Gambar 2.3 Skala analog visual

(Sumber: Smeltzer & Bare, 2012)

4) *Faces Pain Scale* (FPS), Secara historis, FPS yang terdiri dari serangkaian enam sampai sampai tujuh wajah yang dimulai dari wajah tersenyum bahagia sampai sedih berlinang air mata digunakan untuk menilai nyeri pada pasien pediatrik.



Gambar 2.4 *Faces Pain Scale*

(Sumber: Wong dan Baker, 2012)

g. Respon fisiologi nyeri

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke batang otak dan ke thalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagian dari respon stres. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis (Tamsuri, 2007). respon fisiologis yang timbul akibat nyeri antara lain:

Tabel 2.1 Respon fisiologis terhadap nyeri
(Sumber: Tamsuri, 2007).

Respon	Manifestasi
Respon simpatik	Peningkatan denyut jantung. Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah) Peningkatan ketegangan otot Penurunan motilitas saluran cerna
Respon parasimpatik	Pucat Ketegangan otot Mual dan muntah Kelemahan atau kelelahan Pernapasan cepat dan tidak teratur

h. Mekanisme terjadi nyeri

tindakan pembedahan yang menyebabkan kerusakan pada jaringan yang selanjutnya akan melepaskan histamin dan mediator inflamasi. Pelepasan mediator inflamasi akan mengaktifkan saraf nosiseptor perifer, yang akan memulai proses transduksi dan transmisi nosisepsi ke sistem saraf pusat dan proses inflamasi neurogenik yang dapat menyebabkan pelepasan neurotransmiten di perifer dan menyebabkan vasodilatasi dan ekstrasvasasi plasma. Rangsang noxious dirubah menjadi aktivitas listrik oleh saraf nosiseptor perifer dan ditransmisikan oleh serat saraf A dan C dari daerah somatik dan viseral perifer ke kornu posterior medula spinalis, dimana terjadi integrasi antara rangsangan nyeri perifer dan input modulator descenden. Selanjutnya transmisi informasi rangsang nyeri ditentukan oleh pengaruh kompleks modulasi di medula spinalis (Miller, 2010).

Ada beberapa proses yang mengikuti suatu proses nosisepsi menurut Morgan, 2006 antara lain:

1) Transduksi

Merupakan proses dimana suatu stimulus nyeri dirubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimulus ini dapat berupa stimulus fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri).

2) Transmisi

Merupakan proses penyampaian impuls nyeri dari nosiseptor saraf perifer melewati korda dorsalis, dari spinalis menuju korteks serebri.

3) Modulasi

Adalah proses modifikasi terhadap rangsang. Modifikasi ini dapat terjadi pada sepanjang titik dari sejak transmisi pertama sampai ke korteks serebri.

4) Persepsi

Adalah proses terakhir saat stimulasi tersebut sudah mencapai korteks sehingga mencapai tingkat kesadaran, selanjutnya diterjemahkan dan ditindak lanjuti berupa tanggapan terhadap nyeri.

i. Manajemen nyeri

Mengingat efek membahayakan nyeri dan penatalaksanaan nyeri yang tidak adekuat, tujuan yang hanya membuat nyeri dapat ditoleransi telah digantikan oleh tujuan menghilangkan nyeri. Strategi penatalaksanaan nyeri mencakup pendekatan baik pendekatan farmakologis dan non farmakologis (Smeltzer & Bare, 2012).

1) Intervensi farmakologis

Analgetik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgetik dapat mengatasi nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgetik dalam penanganan nyeri, karena informasi obat yang tidak benar, karena adanya kekhawatirannya klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan jika melakukan pengobatan analgetik narkotik, dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan. Perawat harus mengetahui obat-obat yang bersedia untuk menghilangkan nyeri dan efek obat farmakologi tersebut (Potter and Perry, 2010).

2) Intervensi non farmakologis

Metode pereda non farmakologis biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut mungkin

diperlukan untuk menurunkan nyeri yang berlangsung beberapa detik atau menit. dalam hal ini terutama saat nyeri hebat berlangsung selama berjam-jam atau sehari-hari, mengkombinasikan teknik non farmakologis dengan obat-obatan mungkin cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri. Intervensi non farmakologis yang digunakan untuk menurunkan nyeri yaitu terapi es dan panas, distraksi, teknik relaksasi, stimulasi dan masase, Stimulasi saraf elektrik transkutan, hipnosis (Smeltzer & Bare,2012).

a) Terapi es dan panas

Terapi es dan panas dapat melebarkan pembuluh darah, menstimulasi sirkulasi darah, dan mengurangi kekakuan (Alimul, 2008).

b) Distraksi

Distraksi merupakan suatu tindakan pengalihan nyeri dengan memberikan stimulus yang menyenangkan dan menyebabkan pelepasan endorphen (Potter & Perry, 2010).

c) Relaksasi

Relaksasi adalah sebuah keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau kembalinya keseimbangan (equilibrium) setelah terjadinya gangguan (Kusyati, 2012).

d) stimulasi dan masase

Teknik pemijatan terdiri dari tindakan stroking, friction, preessure, petrissage, vibration and percussion. Tindakan masase ini, terutama yang dilakukan di punggung akan berpengaruh terhadap peningkatan sirkulasi kulit sehingga bisa menciptakan kondisi relaksasi (Kozier, 2010)

e) *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS)

TENS merupakan stimulasi kutaneus yang menggunakan arus listrik ringan yang dihantarkan melalui elektroda luar dan efektif untuk mengontrol nyeri pasca bedah serta mengurangi nyeri yang disebabkan prosedur pascaoperasi (Potter & Perry, 2010).

f) Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu (Smeltzer & Bare, 2012).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut Muttaqin & Sari (2009) konsep asuhan keperawatan laparotomi secara umum adalah :

1. Identitas klien

Pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi dupikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting diketahui guna melihat kondisi pada perbagai jenis pembedahan. Selain itu juga diperlukan untuk memperkuat identitas pasien.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama ini diambil dari data subjektif atau objektif yang paling menonjol yang dialami oleh klien. Keluhan utama pada klien post operasi adalah nyeri didaerah abdomen.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Kapan nyeri pertama kali dirasakan dan apa tindakan yang telah diambil sebelum akhirnya klien dibawa ke Rumah Sakit dan mendapat penanganan medis.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah ada penyakit penyerta yang meningkatkan sensasi nyeri pada klien. Penyakit yang lain dapat dapat mempengaruhi penyakit sekarang.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada riwayat keluarga dengan penyakit penyerta yang sama dengan sensasi nyeri yang sama. Penyakit yang diderita pasien.

4. Keadaan pasien meliputi:

Pengkajian keadaan pasien pasca operasi merujuk pada Muttaqin dan Sari (2009) antara lain: sirkulasi, integritas ego, nutrisi, pernapasan, keamanan, kontrol suhu, integritas kulit dan kondisi luka, dan harapan pasien.

a. Sirkulasi

Perhatikan riwayat masalah jantung, edema, pulmonal, penyakit vaskuler perifer atau stasis vaskuler (peningkatan resiko pembentukan thrombus).

b. Integritas ego

Perasaan cemas, takut, marah, apatis serta adanya faktor-faktor stres multiple seperti financial, hubungan gaya hidup. Dengan tanda-tanda tidak dapat beristirahat dan peningkatan ketegangan.

c. Nutrisi

Malnutrisi, membran mukosa yang kering, pembatasan puasa pra operasi insufisiensi pancreas/ DM, predisposisi untuk hipoglikemia/ ketoasidosis.

d. Pernafasan

Kepatenan jalan nafas, kedalaman, frekuensi dan karakter pernafasan, sifat dan bunyi nafas merupakan hal yang harus dikaji pada klien dengan post operasi.

e. Keamanan

Adanya alergi atau sensitive terhadap obat, makanan dan larutan, adanya defisiensi imun, munculnya kanker/ adanya terapi kanker, riwayat keluarga, tentang hipertermia malignan / reaksi anestesi, riwayat penyakit hepatic, riwayat transfusi darah, tanda munculnya proses infeksi.

f. Kontrol suhu

Pasien secara anestesi menurunkan tingkat fungsi tubuh dan akhirnya menurunkan metabolisme dan suhu tubuh. Ketika pasien mulai terbangun mereka mengeluh merasa dingin dan tidak nyaman. Suhu yang berubah menjadi tinggi juga dapat menyebabkan kemungkinan adanya indikasi pertama infeksi.

g. Integritas kulit dan kondisi luka

Kaji kondisi kulit pasien, titik – titik ruam, lecet, atau luka bakar. Ruam menunjukkan sensitivitas obat atau alergi, lecet didapat dari hasil posisi yang tidak sesuai atau tahanan yang melukai lapisan kulit. Rasa terbakar mungkin menunjukkan bahwa landasan alas kauterisasi listrik salah ditempatkan pada kulit pasien.

h. Harapan pasien

Kaji harapan pasien dan keluarga terhadap pemulihan dan kemajuan yang dirasakan dalam fase pemulihan.

5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan pada pada pasien post op laparatomi, merujuk pada referensi menurut Bararah dan Jauhar (2013) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan dilakukannya tindakan insisi bedah.
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka sayatan/luka operasi.

6. Intervensi dan Rasional Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dapat dirumuskan pada pasien post op laparatomi, merujuk pada referensi menurut Bararah dan Jauhar (2013) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan dilakukannya tindakan insisi bedah.

Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama x jam di harapkan nyeri berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil : pasien melaporkan nyeri berkurang / hilang, klien rileks, mampu mengontrol kecemasan, kualitas tidur dan istirahat adekuat, status kenyamanan meningkat.

Intervensi :

- 1) Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, beratnya (skala 0-10). Selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat.

Rasional: Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan

terjadinya abses/peritonitis, memerlukan upaya evaluasi medik dan intervensi.

2) Pertahankan istirahat dengan posisi semifowler.

Rasional: Gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah atau pelvis, menghilangkan tekanan abdomen yang bertambah dengan posisi telentang.

3) Monitor tanda – tanda vital

Rasional : Tanda – tanda vital merupakan pedoman terhadap perubahan pada kondisi pasien dan abnormalitas pada kondisi pasien.

4) Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi napas dalam untuk mengurangi nyeri saat nyeri muncul.

Rasional : Napas dalam dan teknik relaksasi mengurangi nyeri secara bertahap dan dapat dilakukan mandiri.

5) Pertahankan puasa

Rasional: Menurunkan ketidaknyamanan pada peristaltik usus dini dan iritasi gaster/ muntah.

6) Berikan kantong es pada abdomen.

Rasional: Menghilangkan dan mengurangi nyeri melalui penghilangan rasa ujung saraf. Catatan: jangan lakukan kompres panas karena dapat menyebabkan kompresi jaringan.

7) Beritahukan penyebab nyeri.

Rasional: Membantu klien dalam mekanisme coping

8) Kaji insisi bedah, perhatikan edema, perubahan kontur luka (pembentukan hematoma), atau inflamasi, mengeringkan tepi luka.

Rasional: Perdarahan pada jaringan, bengkak, inflamasi local atau terjadinya infeksi dapat menyebabkan peningkatan nyeri insisi.

9) Kolaborasi pemberian obat analgetik

Rasional : Program terapi sebagai system kolaboratif dalam menyelesaikan masalah nyeri.

b. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka sayatan/luka operasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan x jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Tidak terdapat tanda – tanda infeksi seperti tidak terdapat kemerahan, tanda tanda vital dalam batas normal.

Intervensi :

1) Kaji adanya tanda – tanda infeksi meliputi adanya kemerahan sekitar luka.

Rasional : Adanya kemerahan dan rasa panas pada luka merupakan menandakan adanya infeksi.

2) Pertahankan teknik aseptik dalam perawatan luka

Rasional : Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka operasi.

3) Berikan informasi yang tepat, jujur, dan jelas pada klien/ orang terdekat.

Rasional: Pengetahuan tentang kemajuan situasi memberi kandukungan emosi, membantu menurunkan ansietas.

4) Awasi tanda vital. Perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen.

Rasional: Dugaan adanya infeksi/terjadinya sepsis, abses, peritonitis.

5) Lihat insisi dan balutan. Catat karakteristik drainase luka/ drein (bila dimasukkan), adanya eritema.

Rasional: Memberikan deteksi dini terjadinya proses infeksi atau pengawasan penyembuhan peritonitis yang telah ada sebelumnya

6) Berikan nutrisi yang adekuat

Rasional: Dengan nutrisi yang baik dapat meningkatkan daya tahan tubuh.

7) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik

Rasional : Mungkin diberikan secara profilaktik atau menurunkan jumlah mikroorganisme (pada infeksi yang telah ada sebelumnya) untuk menurunkan penyebaran dan pertumbuhanya pada rongga abdomen.

C. Konsep Dasar *Evidence Based Nursing Practice* Penerapan distraksi relaksasi

1. Definisi

Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien dari nyeri, sedangkan teknik relaksasi napas dalam didasarkan pada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis. Teknik ini dapat dilakukan dengan kepala ditopang dalam posisi terbaring atau duduk di kursi. Hal utama yang dibutuhkan dalam pelaksanaan teknik relaksasi adalah klien dengan posisi yang nyaman, klien dengan pikiran yang beristirahat, dan lingkungan yang tenang (Asmadi, 2008).

2. Manfaat dan tujuan

Tujuan penggunaan teknik distraksi relaksasi dalam intervensi keperawatan adalah untuk pengalihan atau menjauhkan perhatian klien terhadap sesuatu yang sedang dihadapi, misalnya rasa nyeri. Sedangkan manfaat dari penggunaan teknik ini, yaitu agar seseorang yang menerima teknik ini merasa lebih nyaman, santai, dan merasa berada pada situasi yang lebih menyenangkan (Widyastuti, 2010).

3. Fisiologi distraksi relaksasi napas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri.

Terapi napas dalam dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori *Gate Control*, bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Salah satu cara menutup mekanisme pertahanan ini adalah dengan merangsang sekresi endorfin yang akan menghambat substansi P. Napas dalam juga dapat merangsang peningkatan hormon endorfin yang merupakan substansi sejenis morfin yang disuplai oleh tubuh. Sehingga pada saat neuron nyeri perifer mengirimkan sinyal ke sinaps, terjadi sinapsis antara neuron perifer dan neuron yang menuju otak tempat seharusnya substansi P akan menghasilkan impuls. Pada saat tersebut, endorfin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensorik, sehingga sensasi nyeri menjadi berkurang (Andreana, 2006).

4. Prosedure distraksi relaksasi napas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri menurut Nurhayati, 2011 yaitu:

- a. Mengatur posisi nyaman sesuai kondisi pasien (duduk/ berbaring).

Bagaimana posisi yang nyaman menurut bapak, apakah bapak nyaman dengan posisi berbaring ini?

- b. Meminta pasien menarik nafas dalam dan memejamkan mata.

Jika bapak sudah merasa nyaman dengan posisi bapak, Sekarang bapak bisa menarik nafas dalam dari hidung dan keluarkan dari mulut secara perlahan-lahan, tarik nafas lagi dari hidung dan keluarkan dari mulut, sambil menarik nafas bapak dapat pejamkan mata bapak secara perlahan-lahan.

- c. Meminta pasien untuk memfokuskan pikiran pasien pada kedua kakinya untuk di rilekskan, dan meminta pasien merasakan relaksasi kedua kaki pada pasien.

Setelah bapak merasa lebih tenang sekarang Fokuskan pikiran bapak Pada kedua kaki bapak dan rilekskan pikiran bapak sehingga bapak merasa lebih rileks dan nyaman

- d. Memindahkan fokus pasien pada bagian tubuhnya dan meminta pasien untuk merilekskan otot tubuh pasien mulai otot pinggang sampai otot bahu sehingga pasien merasakan relaksasi otot tubuh pasien.

Kemudian fokuskan pikiran bapak ke bagian tubuh bapak dari punggung sampai bahu, kemudian rilekskan bagian tubuh bapak tersebut sampai bapak merasakan seluruh tubuh bapak benar-benar rileks.

- e. Meminta pasien untuk menarik nafas dan membuka mata secara perlahan. Sekarang bapak bisa menarik nafas dari hidung dan keluarkan dari mulut secara perlahan tarik nafas lagi dari hidung dan keluarkan dari mulut secara perlahan, kemudian hitungan dari satu sampai tiga bapak dapat membuka mata secara perlahan-lahan.