

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Laparatomi**

##### **1. Pengertian Laparatomi**

Laparatomi adalah suatu tindakan yang dilakukan pembedahan dengan cara membuka dinding abdomen untuk mencapai isi rongga abdomen (Jitowiyono,2010). Tindakan Laparatomi merupakan tindakan operasi dengan cara membedah didaerah abdomen dengan teknik penyayatan pada bedah digestif dan kandungan bedah (Smeltzer & Bare,2006). Teknik penyayatan laparatomi juga dilakukan pada pembedahan organ seperti ginjal dan kandung kemih (Syamsuhidayat & Wim De Jong,2010). Jadi, dapat disimpulkan laparatomi merupakan tindakan operasi pembedahan didaerah abdomen dengan teknik penyayatan pada bedah digestif dan bedah kandungan, selain itu dapat membedah dibagian organ seperti organ ginjal dan kandung kemih.

##### **2. Etiologi**

Etiologi sehingga dilakukan tindakan laparatomi karena disebabkan oleh beberapa hal yaitu :

a. Peritonitis

Merupakan peradangan pada peritoneum (lapisan serosa rongga abdomen) dan rongga didalamnya. Dapat terjadi karena infeksi bakteri, organisme berasal dari penyakit gastrointestinal, bisa dari sumber eksternal seperti trauma atau cedera (Sari, K.,& Muttaqin,2013).

b. Trauma abdomen (tumpul dan tajam)

Trauma abdomen adalah cedera pada abdomen, dapat berupa trauma tumpul dan tembus yang disengaja maupun yang tidak disengaja. Disebabkan adanya kecelakaan lalu lintas, penganiayaan, kecelakaan olahraga dan terjatuh dari ketinggian (Smeltzer,2001).

c. Sumbatan pada usus

Ileus atau obstruksi usus adalah suatu gangguan sepanjang saluran isi usus. Obstruksi usus dapat akut dengan kronik, partial atau total.

Intestinal obstruction terjadi ketika isi usus tidak dapat melewati saluran gastrointestinal. Bisa disebabkan oleh tumor, batu empedu yang masuk ke usus (Nurarif & Kusuma,2015).

d. Tumor Intra Abdomen

Merupakan pembengkakan atau adanya benjolan yang disebabkan oleh neoplasma dan infeksi di abdomen berupa sel-sel abnormal atau tumor yang berpoliferasi yang bersifat autonomy (tidak terkontrol), progresif (tumbuh tidak beraturan), tidak berguna. Tumor intra abdomen antara lain tumor lambung atau usus halus, tumor kolon, tumor hepar, tumor limpa, tumor ginjal, tumor pancreas (Oswari,2009).

3. Manifestasi Klinis (Smeltzer,2013).

- a. Nyeri tekan : Nyeri yang timbul bila ditekan didaerah yang terjadi kerusakan jaringan.
- b. Konstipasi : Kesulitan atau kelemahan proses feses yang menyangkut konsistensi tinja dan frekuensi berhajat.

- c. Gangguan integument dan jaringan subkutan :  
Lapisan ini bertanggung jawab mengatur suhu tubuh, dan juga melindungi organ dalam dan tulang. Selain fungsi lainnya, lapisan kulit ini berperan dalam pigmentasi.
- d. Perubahan tekanan darah ( merupakan rambatan dari denyut jantung yang dihitung tiap menitnya dengan hitungan repetisi (kali/menit), denyut nadi normal (60 – 100 kali/menit), nadi (aliran darah yang menonjol dan dapat diraba di berbagai tempat pada tubuh), dan pernafasan (proses keluar dan masuknya udara kedalam & keluar paru).
- e. Kelemahan (keadaan manusia yang kurang mampu berfungsi aktif).
- f. Mual (perasaan tidak menyenangkan yang ada sebelum muntah, muntah (reflex yang tidak dapat dikontrol untuk mengeluarkan isi lambung dengan paksa melalui mulut), dan anoreksia (sebuah gangguan makan yang ditandai dengan penolakan untuk mempertahankan berat badan akibat pencitraan diri yang menyimpang).

#### 4. Komplikasi Laparatomi

a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebhitis, Tromboplebhitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebhitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah hati, otak, emboli paru-paru. Pencegahan tromboplebhitis yaitu ambulasi dini, latihan kaki post operasi (Jitowiyono,2010).

b. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi. Infeksi luka biasanya muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme : gram positif. Perawatan luka harus dilakukan aseptik dan antiseptik (Arif Mansjoer,2010).

c. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka eviserasi. Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka, Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi

luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah (Jitowiyono,2010).

## 5. Indikasi Laparatomi

Indikasi seseorang yang dilakukan tindakan laparatomi antara lain : trauma abdomen (tumpul atau tajam) / Ruptur hepar, sumbatan pada usus halus dan usus besar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (Internal Bleeding), masa pada abdomen. Selain itu pada bagian obstetric dan gynecology tindakan lapatomi seringkali juga dilakukan seperti pada operasi Caesar (Syamsuhidayat& Wim De Jong,2010).

### a. Apendisitis

Apendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing atau peradangan akibat infeksi pada usus buntu. Bila infeksi parah, usus buntu itu akan pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol pada bagian awal usus atau sekum (Jitowiyono,2010).

b. Sectio Saesarea

Sectio sesaria adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Jenis-jenis sectio sesaria yaitu section ismika dan sesaria klasik. Sectio sesaria klasik yaitu dengan sayatan memanjang pada korpus uteri  $\pm$  10-12 cm, sedangkan section sesaria ismika yaitu dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim  $\pm$  10-12 cm (Syamsuhidayat & Wim De Jong,2010).

c. Peritonitis

Merupakan peradangan pada peritoneum (lapisan serosa rongga abdomen) dan rongga didalamnya. Dapat terjadi karena infeksi bakteri, organisme berasal dari penyakit gastrointestinal, bisa dari sumber eksternal seperti trauma atau cedera (Sari, K.,& Muttaqin, A.,2013).

d. Kanker colon

Kanker colon dan rectum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke dalam tubuh lain (paling sering ke hati). Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan dari defekasi. Pasase darah dalam feses merupakan gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan.

Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker colon dan rektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolostomi laparoskopik dengan pohpektomi, suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparaskop digunakan sebagai



pedoman dalam membuat keputusan di kolon (Price & Wilson,2006).

#### 4. Abses hepar

Abses hati merupakan infeksi pada hati yang disebabkan karena infeksi bakteri, parasit, jamur maupun nekrosis steril yang bersumber dari sistem gastrointestinal yang ditandai dengan adanya proses supurasi dengan pembentukan pus di dalam parenkim hati (Aru W Sudoyo,2006).

#### 5. Ileus Obstruktif

Ileus obstruktif usus adalah suatu gangguan sepanjang saluran isi usus. Obstruksi usus dapat akut dengan kronik, partial atau total. Intestinal obstruction terjadi ketika isi usus tidak dapat melewati saluran gastrointestinal. Bisa disebabkan oleh tumor, batu empedu yang masuk ke usus, hernia (Nurarif & Kusuma,2015).

#### 6. Jenis Sayatan Pada Operasi Laparatomi

Ada 4 cara, yaitu :

- a. *Midline insision* yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah sejajar dengan umbilikus.
- b. *Paramedian* yaitu panjang (12,5 cm)  $\pm$  sedikit ke tepi dari garis tengah.
- c. *Transverse upper abdomen insision* yaitu sisi bagian atas, misalnya pembedahan colesistomy dan splenektomy.
- d. *Transverse lower abdomen insision* yaitu 4 cm diatas anterior spinalilika,  $\pm$  insisi melintang di bagian bawah misalnya : pada operasi appendectomy (Syamsuhidayat & Wim De Jong,2010).

## 7. Proses penyembuhan post laparatomi

Proses penyembuhan luka pada dasarnya sama. Proses fisiologis penyembuhan luka meliputi : fase inflamasi akut terhadap cedera, fase destruktif, fase poliferatif, dan fase maturasi (Arisanty,2012). Luka dikatakan sembuh bila jaringan parut atau lapisan kulit mampu atau tidak mengganggu untuk

aktivitas normal. Penyembuhan atur serangkaian yang kompleks (Boyle,2009).

Proses penyembuhan luka post Laparatomi (Jitowiyono,2010).

Terdiri dari :

a.Fase pertama, berlangsung selama hari ke 3. Batang leukosit banyak yang rapuh. Sel darah berkembang menjadi penyembuh dimana serabut-serabut benang menjadi kerangka.

b.Fase kedua, berlangsung selama hari ke 3 sampai hari ke 14. Pengisian kolagen, seluruh sel epitel timbul dalam 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

c.Fase ketiga, berlangsung sekitar 2 sampai 10 minggu. Kolagen terus-menerus timbul, timbul jaringan-jaringan baru dan otomatis dan dapat digunakan kembali.

d.Fase keempat, penyembuhan akan menyusut dan mengkerut.

## 8. Jenis Anastesi Pada Laparatomi

Pembedahan laparatomi umumnya menggunakan jenis anastesi umum inhalansi. Anastesi umum adalah suatu keadaan dimana tidak sadar yang bersifat sementara yang diikuti oleh hilangnya rasa nyeri di seluruh tubuh akibat pemberian obat anastesia (Mangku G,2010).

Anastesi umum inhalansi merupakan satu teknik anastesia umum yang dilakukan dengan cara memberikan kombinasi obat anastesia inhalansi yang berupa gas dan atau cairan yang mudah menguap melalui alat / mesin anastesia langsung ke udara. Jenis obat anastesi umum inhalansi, umumnya menggunakan jenis obat seperti N<sub>2</sub>O, efluran, isofluran, sevofluran yang langsung memberikan efek hipnotik, analgetik serta relaksasi pada seluruh otot pasien (Mangku G,2010). Umumnya konsentrasi yang diberikan pada udara inspirasi untuk pemberian obat bius secara inhalansi adalah 2,0-3,0% bersama-sama dengan N<sub>2</sub>O dengan efek lama penggunaan tergantung lama jenis operasi tindakan yang akan dilakukan dan penggunaannya selalu dikombinasikan

dengan obat lain yang berkhasiat sesuai dengan target trias anestesia yang ingin dicapai (Mangku G,2010).

## **B. Konsep Dasar Nyeri**

### 1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan mekanisme proteksi tubuh, timbul akibat jaringan rusak sehingga tubuh tersebut bereaksi menghilangkan nyeri (Andarmoyo,2013). Nyeri merupakan pengalaman seseorang bersifat subjektif dipengaruhi persepsi, budaya, psikologis, dan memotivasi seseorang untuk menghentikan rasa tersebut (Andarmoyo,2013).

### 2. Sifat Nyeri

Nyeri bersifat Individual, subjektif, tidak menyenangkan, kekuatan yang mendominasi serta bersifat yang tidak berkesudahan (Andarmoyo,2013).

### 3. Klasifikasi Nyeri

a) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan terjadi setelah cedera akut, tindakan penyayatan atau pembedahan dengan awitan yang cepat dan intensitas yang bervariasi. Nyeri akut akan berhenti sendiri dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah pulih dengan kerusakan jaringan. Nyeri akut biasanya disebabkan oleh inflamasi (Andarmoyo,2013).

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri konstan atau intermiten berlangsung lama atau menetap sepanjang periode. Biasanya lebih dari 6 bulan, biasanya sering sulit diobati (Andarmoyo,2013).

4. Fisiologi nyeri

Proses terjadinya nyeri merupakan suatu rangkaian yang rumit, dirasakan bergantung pada interaksi antara system analgesik tubuh dan transmitter sistem syaraf serta interpretasi stimulus.

Ada 4 proses dalam nosisepsi :

a) Transduksi

Stimulus jaringan cedera akan memicu pelepasan mediator biokimia yang mensensitasi nosiseptor, dengan adanya stimulasi akan menyebabkan pergerakan ion-ion yang menembus membrane sel, yang membangkitkan nosiseptor. Obat nyeri dapat menghambat produksi prostaglandin atau menurunkan pergerakan ion-ion penembus membrane sel (Kozier,2010).

#### b)Transmisi

Transmisi pada nyeri ada 3 bagian. Pertama, nyeri merambat dari serabut perifer ke medulla spinalis. Kedua, transmisi nyeri dan medulla spinalis menuju batang otak dan thalamus melalui jaras spinotalamikus (STT). Ketiga, sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensoris somatik, tempat nyeri dipersepsikan (Mubarak,2007).

#### c) Persepsi

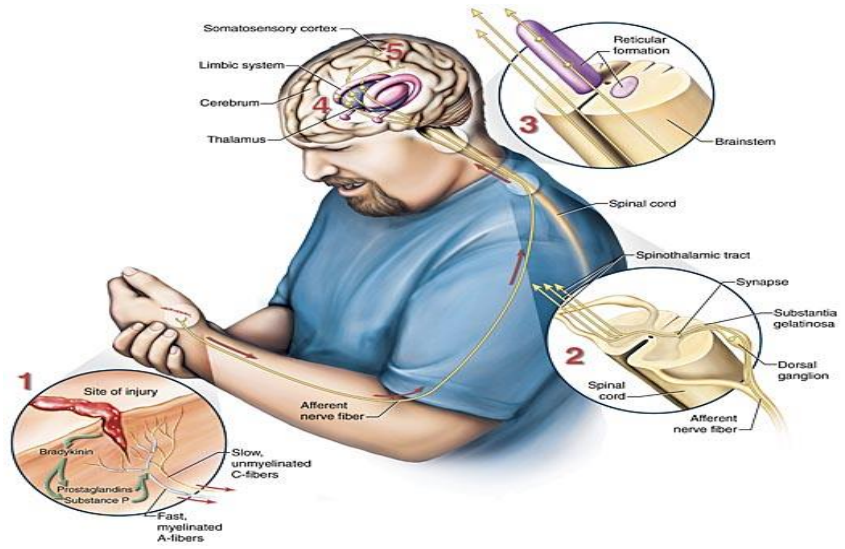
Persepsi merupakan saat pasien menyadari rasa nyeri. Dengan persepsi yang terjadi dalam struktur kortikal, kemungkinan strategi kognitif-

perilaku yang berbeda dipakai untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri (Kozier,2010).

#### d) Modulasi

Proses ini terjadi saat neuron dibatang otak mengirimkan sinyal menuruni kornus dorsalis medulla spinalis. Serabut desendens ini melepaskan zat seperti epioid endogen, serotonin, dan norepinefrin yang dapat menghambat naiknya impuls bahaya di kornus dorsalis. Pasien yang nyeri kronik biasanya diberi resep anti depresan trisiklik. Tindakan ini akan membantu menghambat naiknya stimulus yang menyakitkan (Kozier,2010).





Gambar 5.1 Mekanisme Nyeri

## 5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri :

### a.Usia

Usia dapat mempengaruhi nyeri, terutama pada anak dan lansia. Perbedaan tahap perkembangan yang ditemukan diantara kelompok umur tersebut mempengaruhi bagaimana anak – anak dan dewasa akhir berespon terhadap nyeri (Potter & Perry,2006).

#### b. Nilai Etnik dan Budaya

Latar belakang etnik dan budaya sudah lama dikenal sebagai faktor – faktor yang dapat mempengaruhi reaksi seseorang terhadap nyeri. Perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah bagian dari proses sosialisasi (Kozier, Erb, Berman, & Snyder,2010).

#### c. Makna Nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda, antara lain : memberi kesan ancaman, suatu kehilangan., hukuman, dan tantangan. Kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Perry,2006).

#### d. Perhatian

Perhatian yang meningkat dikaitkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan

(distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun (Potter & Perry,2006).

#### e.Lingkungan dan Orang Pendukung

Lingkungan yang tidak dikenal dapat menambah rasa nyeri. Harapan orang terdekat dan peran keluarga dapat mempengaruhi persepsi seseorang dan responnya terhadap nyeri (Kozier, Erb, Berman, & Snyder,2010).

#### f.Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang (Potter & Perry,2006).

### 6. Pengkajian Nyeri

Tidak ada acara yang tepat untuk menjelaskan seberapa berat nyeri seseorang individu yang mengalami nyeri adalah sumber informasi terbaik untuk menggambarkan nyeri yang dialami (Mohammad, sudarti, & Fauziah,2010). Beberapa

hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain :

a. Riwayat Nyeri

Pengingat PQRST

1) P : Provokasi (penyebab terjadinya nyeri)

Mengkaji faktor penyebab terjadinya nyeri pada pasien, bagian tubuh mana yang terasa nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis.

Karena terkadang nyeri itu bias muncul tidak karena luka tetapi karena faktor psikologisnya (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2010).

2) Q : Quality

Kualitas nyeri yaitu ungkapan subyektif yang diungkapkan oleh pasien dan mendeskripsikan nyeri dengan kalimat seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial atau bahkan digencet (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010).

### 3) R : Region

Untuk mengkaji lokasi nyerinya, meminta pasien untuk menyebutkan bagian mana saja yang dirasakan tidak nyaman (Kozier, Erb, Berman, & Snyder,2010).

### 4) S : Severe

Untuk mengetahui tingkat keparahan nyeri. Kualitas nyeri ini bisa digambarkan melalui skala nyeri (Kozier, Erb, Berman, & Snyder,2010).

### 5) T : Time

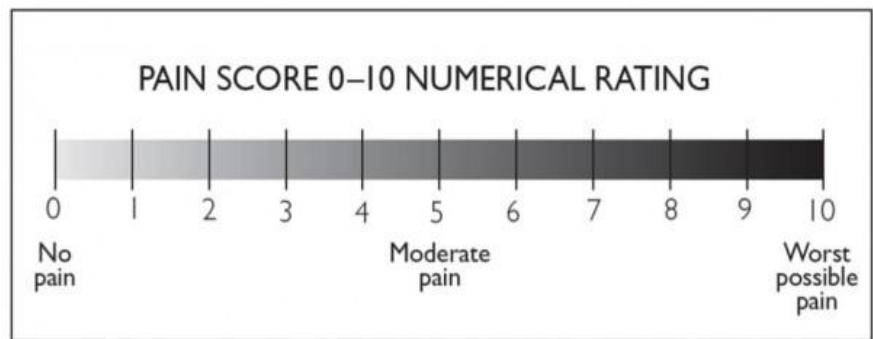
Durasi dan rangkaian nyeri yang dialami. Tanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh (Kozier, Erb, Berman, & Synder,2010).

## 7. Pengukuran Skala Nyeri

### a. NRS (Numeric Rating Scale)

Merupakan alat petunjuk laporan nyeri untuk mengidentifikasi tingkat nyeri yang sedang terjadi dan menentukan tujuan untuk fungsi

kenyamanan bagi pasien dengan kemampuan kognitif yang mampu berkomunikasi atau melaporkan informasi tentang nyeri. Pada skala ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan angka 0 -10.



Gambar 7.1 Numeric Rating Scale (NRS)

## 8. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dikelompokkan menjadi dua:

### a. Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan nyeri farmakologi mencakup penggunaan opioid (narkotik), obat – obatan anti inflamasi nonopioid / nonsteroid (NSAID), dan analgesic penyerta atau koanalgesik (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2010).

## b. Penatalaksanaan Non Farmakologi

Penatalaksanaan nyeri non farmakologi terdiri dari beberapa strategi penatalaksanaan fisik dan kognitif perilaku intervensi fisik mencakup stimulasi kutaneus, imobilisasi, stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) sedangkan intervensi pikiran – tubuh meliputi aktivitas distraksi, teknik relaksasi, imajinasi, meditasi, umpan balik biologis, hypnosis dan sentuhan terapeutik (Kozier, Erb, Berman & Synder). Berikut uraian penatalaksanaan non farmakologi diantaranya sebagai berikut :

### 1) Intervensi fisik

Tujuan intervensi fisik menyediakan kenyamanan, mengubah respons fisiologis, dan mengurangi rasa takut yang berhubungan dengan imobilitas akibat rasa nyeri atau keterbatasan aktivitas (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2010).

a) Stimulasi kutaneus

Stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri. Massase, mandi air hangat, kompres dan stimulasi saraf elektrik transkutan merupakan langkah sederhana dalam upaya menurunkan persepsi nyeri (Potter & Perry,2006). Stimulasi ini dapat memberiokan peredaran nyeri sementara yang efektif. Stimulasi kutaneus dipercaya dapat menghasilkan pelepasan endorphin yang menghambat transmisi stimulus nyeri dan menstimulasi serabut saraf sensorik A-beta berdiameter besar dan menurunkan impuls nyeri melalui serabut A-delta dan C yang lebih kecil. Teknik stimulus ini antara lain : pijat, aplikasi panas atau dingin, akrapesur, stimulasi kontralateral (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).



## b) Imobilisasi

Membatasi pergerakan pada bagian tubuh yang menyakitkan, dapat membantu mengatasi episode nyeri akut. Imobilisasi berkepanjangan dapat menyebabkan kontraktur pada sendi, atrofi sendi dan masalah kardiovaskular (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2010).

## c) TENS (Stimulasi Saraf Elektrik Transkutaneus)

TENS (Stimulasi Saraf Elektrik Transkutaneus) adalah sebuah metode pemberian stimulasi elektrik bervoltase rendah secara langsung ke area nyeri yang telah teridentifikasi, ke titik akupresur, di sepanjang area saraf tepi yang mensarafi area nyeri atau disepanjang kolumna spinalis (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2010).

## 2) Intervensi Pikiran-Tubuh

### a) Distraksi

Distraksi menjauhkan perhatian seseorang dari rasa nyeri dan mengurangi persepsi rasa nyeri. Distraksi dapat membuat klien benar – benar tidak menyadari rasa nyeri (Kozier, Erb, Berman & Snyder,2010).

#### b) Hipnosis

Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan holistik, hipnosis menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

#### c)Relaksasi

Meliputi aktivitas pembelajaran yang merealisasikan tubuh dan pikiran secara mendalam. Relaksasi mendistraksi fokus pasien dari nyeri, mengurangi efek stress akibat nyeri dan meningkatkan efektivitas tindakan Pereda nyeri (Bauldoff & Burke,2016).

#### d)Meditasi

Proses yang dilakukan dengan mengosongkan pikiran seluruh data sensori, dan biasanya berkonsentrasi pada satu fokus. Aktivitas ini menghasilkan keadaan relaksasi secara mendalam (Bauldoff & Burke,2016).

#### e)Massage

Terapi ini untuk meredakan nyeri dan mendukung relaksasi. Tujuannya untuk merelaksasikan jaringan lunak, meningkatkan kehangatan, aliran darah dan penghantaran oksigen ke area serta mengurangi nyeri (Bauldoff & Burke,2016).

### **C. Asuhan Keperawatan**

#### 1. Pengkajian

##### a. Identitas klien dan identitas penanggung jawab

Pengkajian ini meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, agama, status perkawinan, diagnose medik, nomor medical record, ruang rawat, alasan masuk, keadaan umum

dan tanda – tanda vital (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

b. Keluhan utama

Karakteristik nyeri pada pasien, waktu, intensitas nyeri, skala nyeri tingkat pengetahuan pasien tentang managemen nyeri post operasi, bagaimana ekspresi wajah pasien, kondisi tanda – tanda vital pasien (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

c. Data Riwayat penyakit

1) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi, manajemen nyeri sebelum dibawa ke Rumah Sakit (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

2) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah ada penyakit penyerta yang meningkatkan sensasi nyeri pada pasien Penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi

penyakit sekarang (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada riwayat keluarga dengan penyakit penyerta yang sama dengan sensasi nyeri yang sama. Penyakit yang diderita pasien (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

4) Keadaan pasien meliputi :

a) Sirkulasi

Perhatikan riwayat masalah jantung, uedema pulmonal, penyakit vaskuler perifer atau stasis vaskuler / Peningkatan resiko pembentukan thrombus (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

b) Integritas ego

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

stimulasi simpatis (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

c) Makanan atau cairan

Malnutrisi, membrane mukosa yang kering, pembatasan puasa pra operasi insufisiensi pancreas / DM, predisposisi untuk hipoglikemia / ketoasidosis (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

d) Pernafasan

Adanya infeksi, kondisi yang kronik / batuk, merokok (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

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 (Kozier, Erb, Berman & Synder,2010).

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pembedahan post Laparatomi (SDKI PPNI,2017).
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan destruksi pertahanan terhadap bakteri (NANDA,2012).

## 3. Diagnosa:

A. Nyeri akut berhubungan dengan pembedahan post laparatomi

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Nursing Outcomes Classification (NOC) :

*a.Pain level*

*b.Pain control*

*c.Comfort level*

Nursing Interventions Classification (NIC) :

1.Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi

2.Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

3.Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien

4. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

5. Ajarkan tehnik non farmakologi back massage pasien laparatomi

6. Evaluasi keefektifan nyeri

B. Resiko infeksi berhubungan dengan destruksi pertahanan terhadap bakteri

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Nursing Outcomes Classification (NOC) :

*a. Status immun*

*b. Mengontrol infeksi*

*c. Risk control*

Nursing Interventions Classification (NIC) :

1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal

2. Monitor kerentanan terhadap infeksi

3. Membatasi pengunjung



4. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
5. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah
6. Ajarkan cara menghindari infeksi

#### **D. Konsep Dasar *Back Massage***

Massage dalam Bahasa arab dan perancis yang berarti menyentuh atau meraba. Dalam Bahasa Indonesia disebut sebagai pijat atau urut. Selain itu massage dapat diartikan sebagai pijat yang telah disempurnakan dalam ilmu – ilmu tentang tubuh manusia atau gerakan – gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan mempergunakan bermacam – macam bentuk pegangan atau teknik (Trisnowijayanto,2013). *Massage* adalah manipulasi jaringan lunak tubuh. Manipulasi ini dapat mempengaruhi system saraf, otot, pernafasan, sirkulasi darah, dan limfa secara lokal maupun umum. *Massage* menghasilkan suatu stimulus pada jaringan tubuh dengan cara menekan dan meregangkan. Penekanan menyebabkan kompresi jaringan lunak dan mengubah ujung – ujung saraf yang

berupa jaringan reseptor, sedangkan peregangan memberikan ketegangan pada jaringan – jaringan lunak (Prasetyo, 2012).

***Back Massage*** adalah tipe massage yang melibatkan gerakan yang panjang, perlahan dan halus yang dilakukan di bagian punggung (Freddy, 2013).

### **Teknik massage**

Jenis massage yang digunakan adalah friction (menggerus) karena dengan pemijatan ini dapat menghancurkan sisa metabolisme (Nugroho, 2011):

a. Friction (gerusan dengan ibu jari / tiga jari)

Gerusan pada otot-otot kanan dan kiri tulang belakang ada beberapa jenis :

1) Friction pertama

Gerusan pada kanan kiri sacrum dengan cara : kedua belah ibu jari diletakkan pada samping sacrum bagian atas tangan menyentuh diatas crista illiaca bagian belakang. Ibu jari menekan dan memutar kecil-kecil dan kanan ossa sacrum secara bergantian, lalu bergeser kearah sacrum bagian bawah (Nugroho, 2011).

2) Friction kedua

Gerusan pada daerah punggung sebelah kanan dengan mempergunakan ujung-ujung tiga jari yang merapat, tangan kiri membantu menekan (Nugroho,2011).

Ada juga tehnik – tehnik manipulasi yang digunakan yaitu massage:

a.Eflourage (gosokan kuat)

Gosokan pada otot – otot pinggang dan punggung secara kuat, dengan telapak tangan diletakkan pada kanan kiri diantara pinggang dan pantat, kedua ibu jari masing – masing terletak pada sisi kanan kiri daerah sakralis, dengan posisi keempat jari –jari merapat dan ibu jari terpisah (abduksi)

b.Petrissage (finger kneading)

Pijat pada otot –otot trapezius atas dengan menggunakan jari – jari dengan cara:

1.Ujung jari – jari tangan kanan merapat lurus diperkuat dengan jari – jari tangan kiri, diletakkan pada tengkuk kanan bagian atas. Pijatan ini dilakukan dengan cara menekan dan memutar kearah lateral (searah jarum jam) dengan tekanan setengah lingkaran menekan kuat dan setengah lingkaran menekan ringan.

2. Untuk sebelah kiri kerjakan dengan teknik yang sama, kecuali gerakan melingkar dilakukan dengan berlawanan.

### **Teknik Massage Punggung / *Back Massage***

Gosok punggung yang efektif memerlukan waktu 3 sampai 5 menit (Potter & Perry, 2006). Pemberian massage selama 10 menit selama 3 hari sebelum tidur lansia karena efek relaksasi dari massage (Afiq Zulkhifar, 2016). Pelaksanaan massage punggung melakukan beberapa persiapan alat, persiapan pasien dan persiapan lingkungan serta persiapan perawat (Potter & Perry, 2006).

#### a. Persiapan alat

Alat – alat yang perlu adalah selimut atau handuk untuk menjaga privasi pasien dan aplikasikan pada kulit (lotion atau baby oil) untuk mencegah terjadinya friksi saat dilakukan massage (Potter & Perry, 2006).

#### b. Persiapan lingkungan

Mempersiapkan tempat tidur yang nyaman bagi pasien. Selain mengatur cahaya, suhu dalam ruangan

untuk meningkatkan relaksasi pasien, persiapkan posisi pasien (Potter & Perry,2006).

c. Persiapan pasien

Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dan membuka pakaian pasien pada daerah punggung serta tetap menjaga privasi pasien. Posisi tengkurap atau berbaring miring adalah posisi yang baik untuk mendapatkan massage pada daerah punggung, dengan posisi setengah duduk juga bisa digunakan. Sebelum melakukan massage, perawat perlu mendentifikasikan terkait kondisi pasien : mengkaji kondisi kulit apakah ada kemerahan pada kulit pasien atau inflamasi, luka bakar atau luka terbuka, mengkaji tekanan darah pasien yang memiliki hipertensi (Potter & Perry,2006).

d. Persiapan perawat

Perawat perlu menjelaskan tujuan terapi kepada pasien, mengkaji kondisi pasien dan mencuci tangan sebelum melakukan tindakan untuk mempertahankan kebersihan dan menghindari mikroorganisme (Potter & Perry,2006).

- e. Langkah – langkah melakukan massage
- 1) Beritahu pasien bahwa tindakan akan segera dilakukan
  - 2) Cek alat – alat yang akan di gunakan
  - 3) Dekatkan alat ke satu tempat tidur pasien
  - 4) Posisikan pasien senyaman mungkin
  - 5) Cuci tangan
  - 6) Periksa keadaan kulit dan tekanan darah sebelum memulai massage punggung / back massage
  - 7) Bntu pasien melepas baju
  - 8) Bantu pasien dengan posisi pronasi.