

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Terkait Penyakit

2.1.1 Definisi

Laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Setiap pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan trauma bagi pasien. Salah satu yang sering dikeluhkan klien adalah nyeri (Serri, Nancy, & Lia, 2019).

Pembedahan laparatomi adalah pembedahan yang membutuhkan insisi pada dinding abdominal yang cukup lebar sehingga beresiko terjadinya infeksi terutama infeksi luka pasca operasi (Sandy 2015).

Laparotomi dilakukan pada kasus seperti apendicitis hernia inguinalis, kanker lambung, kanker kolon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis. Tindakan pada pembedahan melewati 3 tahap yaitu meliputi pre operasi, intra operasi, dan post operasi. Post operasi merupakan tahap setelah dilakukan pembedahan dimana pasien akan dipindahkan ke ruang pemulihan (ruang rawat inap/ruang intensive) dan berakhir hingga evaluasi selanjutnya (Utami & Khoiriyah, 2020).

Pembedahan termasuk operasi laparatomi dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien. Pembedahan dapat menyebabkan trauma dan nyeri bagi penderita (Andriani, 2020). Selama periode pasca operatif, proses

keperawatan diarahkan untuk menstabilkan kembali equilibrium fisiologi pasien, menghilangkan rasa nyeri dan pencegahan komplikasi (Alauddin, 2020).

2.1.2 Etiologi

Menurut Ogbuanya & Ugwu (2021) indikasi dilakukannya tindakan pembedahan laparotomi adalah:

1. Apendisitis

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks).

2. Hernia eksternal

Hernia eksternal merupakan penonjolan viskus dari kavum peritoneal ke posisi abnormal, yang tersering adalah inguinal.

3. Perforasi tifoid

Demam tifoid adalah infeksi akut saluran cerna yang disebabkan oleh *Salmonella Typhi* yang mengakibatkan komplikasi antara lain perdarahan usus, perforasi usus dan pneumonia hipostatik yang diakibatkan karena pasien berbaring dalam jangka waktu yang lama.

4. Ileus

Ileus adalah kondisi medis dimana terjadi gangguan pergerakan usus, sehingga makanan, cairan, dan gas tidak bisa bergerak secara normal melalui saluran pencernaan. Akibatnya, terjadi penumpukan isi usus yang bisa menyebabkan nyeri perut, kembung, mual, muntah, dan tidak buang gas atau buang air besar.

5. Kanker kolorektal

Kanker kolorektal sering juga disebut dengan kanker usus besar atau dubur berada di ujung saluran pencernaan yang mengakibatkan perubahan pada buang air besar, konsistensi tinja, terdapat darah dalam tinja, dan perut terasa tidak nyaman.

6. Volvulus usus

Volvulus usus atau sering disebut dengan usus terpuntir adalah kondisi dimana terpuntirnya segmen usus terhadap usus itu sendiri.

7. Intususepsi

Intususepsi adalah kondisi usus yang terlipat dan masuk ke dalam bagian usus lainnya menimbulkan gejala seperti perut kram, mual dan muntah.

8. Trauma abdomen (tumpul dan tajam)

Indikasi operasi laparotomi biasanya terjadi pada pasien yang mengalami trauma tumpul atau tajam. (Pooria et al., 2020).

2.1.3 Manifestasi Klinis

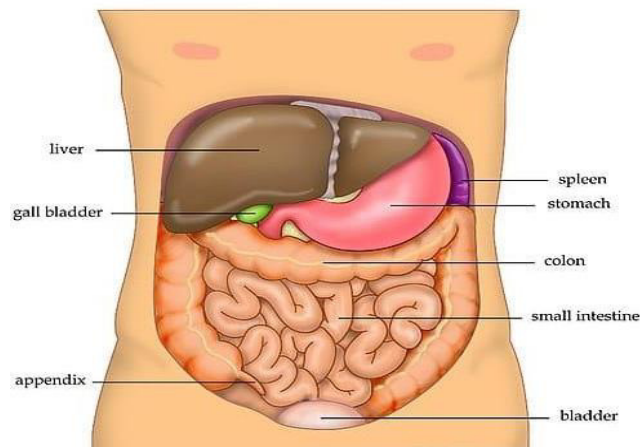
Menurut Tefnai (2019) manifestasi klinis pada pasien post op laparatomi sebagai berikut:

1. Nyeri tekan pada area insisi pembedahan
2. Perubahan tekanan darah, nadi dan pernafasan
3. Kelemahan
4. Gangguan integumen dan jaringan subkutan
5. Konstipasi
6. Mual dan muntah, anoreksia.

2.1.4 Anatomi Fisiologi

Struktur abdomen berdasarkan 4 kuadran :

1. kanan atas meliputi: lobus kanan hepar, kandung empedu, pilorus, duodenum, kepala pancreas, fleksura hepatica kolon, dan sebagian kolon transversum dan kolon ascenden bagian distal, ginjal kanan dan kelenjar suprarenal kanan.
2. Kuadran kiri atas meliputi organ: lobus kiri hati, limpha, lambung, badan pancreas, jejunum, ileum proksimal, sebagian limpa, fleksura splenika kolon, sebagian kolon transversum dan kolon descendens, ginjal kiri dan suprarenal kiri.
3. Kuadran kanan bawah meliputi organ: sebagian besar ileum, apendiks sekum dan vermiformis, kolon ascenden proksimal, ureter kanan dan proksimal.
4. Kuadran kiri bawah meliputi organ: kolon descendens distal, kolon sigmoid, ureter kiri, ovarium, baldder, uterus, tuba fallopi, ductus deferens.



Gambar 2.1 Lambung

a. Lambung

Lambung merupakan sebuah kantong muskuler yang letaknya antara esophagus dan usus halus, sebelah kiri abdomen, dibawah diafragma bagian depan pankreas dan limpa. Lambung merupakan saluran yang dapat mengembang karena adanya gerakan peristaltik terutama di daerah epigaster. Variasi dari bentuk lambung sesuai dengan jumlah makanan yang masuk, adanya gelombang peristaltic tekanan organ lain dan postur tubuh. Bagian-bagian dari lambung terdiri dari fundus ventrikuli, korpus ventrikuli, antrum pylorus, kurvatura minor, kurvatura mayor dan ostium kardia. fungsi lambung :

- 1) Secara mekanis : menyimpan, mencampur dengan secret lambung, dan mengeluarkan kimus kedalam usus. Pendorongan makanan terjadi secara gerakan peristaltic setiap 20 detik.
- 2) Secara kimiawi : bolus dalam lambung akan dicampur dengan asam lambung dan enzim-enzim bergantung jenis makanan enzim yang dihasilkan antara lain pepsin, HCL, renin, dan lapisan lambung.
- 3) Lambung menghasilkan zat factor intrinsic bersama dengan factor ekstrinsik dari makanan, membentuk zat yang disebut anti-anemik yang berguna untuk pertukaran trofosit yang disimpan dalam hati.

b. Usus halus

Usus halus merupakan bagian dari system pencernaan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum. Panjangnya kira-kira 6 meter, merupakan saluran pencernaan yang paling panjang dari tempat proses pencernaan dan absorpsi pencernaan. Bentuk dan susunannya berupa lipatanlipatan melingkar.

Makanan dalam intestinum minor dapat masuk karena adanya gerakan dan memberikan permukaan yang lebih halus. Banyak jonjot-jonjot tempat absorpsi dan memperluas permukaannya. Pada ujung dan pangkalnya terdapat katup. Usus halus terdiri dari duodenum, jejunum, ileum. Fungsi usus halus yaitu menyekresi cairan usus, menerima cairan empedu dan pankreas melalui duktus kholodukus dan duktus pankreatikus, mencerna makanan, mengabsorpsi air garam dan vitamin, protein dalam bentuk asam amino, karbohidrat dalam monoksida, dan menggerakkan kandungan usus.

c. Usus besar

Usus besar merupakan saluran pencernaan berupa usus berpenampang luas atau berdiameter besar dengan panjang kira-kira 1,5- 1,7 meter dan penampang 5-5cm. Lanjutan dari usus halus yang tersusun seperti huruf U terbalik mengelilingi usus halus terbentang dari valvula iliosekalis sampai anus. Lapisan usus besar dari dalam keluar terdiri dari lapisan selaput lendir atau (mukosa), lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan lapisan jaringan ikat. Bagian dari usus besar terdiri dari sekum, kolon ascendens, kolon transversum, kolon descendens dan kolon sigmoid. Fungsi usus besar adalah sebagai berikut :

- 1) Menyerap air dan elektrolit, untuk kemudian sisa massa membentuk massa yang lembek yang disebut feses.
- 2) Menyimpan bahan feses.
- 3) Tempat tinggal bakteri koli.

d. Hati

Hati adalah kelenjar terbesar dalam tubuh, yang terletak di bagian teratas rongga abdomen sebelah kanan di bawah diafragma. Hati secara luar dilindungi oleh iga-iga. Hati terbagi menjadi dua belahan yaitu belahan kanan, dan belahan kiri. Hati dibagi lagi dalam empat belahan yaitu, kanan kiri kaudata dan kwadrata, dan setiap belahan atau lobus terdiri dari sel hati berbentuk polihedral (segi banyak) dan terdiri dari sel hati berbentuk kubus dan cabang-cabang pembuluh darah diikat bersama oleh jaringan hati. Menurut (Manshur, 2022) fungsi hepar :

- 1) Bersangkutan dengan metabolisme tubuh, khususnya mengenai pengaruhnya atas makanan dan darah
- 2) Hati merupakan pabrik kimia terbesar dalam tubuh/ sebagai pengantar metabolisme
- 3) Hati mengubah zat buangan dan bahan racun
- 4) Tempat mengubah asam amino
- 5) Membentuk sel darah merah pada masa janin
- 6) Sebagai tempat penghancur sel darah merah
- 7) Membuat sebagian besar protein plasma.

e. Kandung Empedu

Kandung empedu adalah sebuah kantong berbentuk buah pir dan merupakan membrane berotot. Letaknya berada dibawah hepar sampai pinggiran depannya. Panjangnya 8-12 cm dan dapat berisi kira-kira 60 cc. Kandung empedu terbagi dari fundus, corpus dan Icollum/ eher. Fungsi kandung empedu

adalah sebagai tempat persediaan getah empedu. Empedu menghasilkan getah-getah empedu sebanyak 30- 60 ml dimana komposisi nya 80% air, 10% bilirubin, 4-5% phospholipid dan 1% kolesterol. Empedu berfungsi untuk pencernaan dan absorpsi lipid, homeostasis kolesterol, dan ekskresi xenobiotik yang larut dalam lipid, obat-obatan dan logam berat.

f. Pankreas

Pankreas adalah bagian dari endokrin sekresi dan sistem sekresi eksorin. Bagian endokrin pankreas menghasilkan hormon esensial tertentu seperti insulin, yang membantu mengendalikan kadar gula darah tubuh.

g. Ginjal

Ginjal terletak pada dinding posterior abdomen, terutama di daerah lumbal di sebelah kanan dan sebelah kanan dari kiri tulang belakang, di belakang peritoneum. Ginjal dapat diperkirakan dari belakang tubuh, mulai dari ketinggian vertebra thoracalis sampai vertebra lumbalis ketiga, ginjal kanan lebih rendah dari kiri, karena hati menduduki ruang banyak di sebelah kanan. Panjang ginjal 6-7 cm dan organ dewasa berat kira-kira 140 gram. Ginjal terbagi menjadi beberapa lobus hepatis dexter, lobus quadratus, lobus caudatus, lobus sinistra (Manshur, 2022). Fungsi ginjal antara lain mengukur keseimbangan air, mengatur konsentrasi garam dalam darah dan keseimbangan asam basa darah serta ekskresi bahan buangan kelebihan garam.

h. Limpa

Limpa terletak di region hipokondrium kiri di dalam cavum abdomen diantaranya fundu ventrikuli dan diafragma. Fungsi limpa adalah, yaitu pada masa janin dan setelah lahir adalah penghasil eritrosit dan limposit

i. Uterus

Uterus atau rahim adalah organ berongga yang memiliki dinding tebal, letaknya pada rongga pelvis dan berada di anterior rectum dan posterior kandung kemih. Fungsi dari uterus berhubungan dengan reproduksi dari wanita yaitu bertanggungjawab atas siklus menstruasi, dan temoat pertumbuhan dan perkembangan embrio dan janin.

j. Ovarium

Ovarium merupakan gonad pada perempuan yang berbentuk buju buah kenari dan letaknya berada di sebelah kanan dan kiri dari uterus. Fungsi dari ovarium yaitu memproduksi oosit dan memproduksi hormon progesteron dan hormon estrogen

k. Vesika

Urinaria Vesika urinaria merupakan tempat penampungan urin, letaknya berada pada anterior lesserpelvis dan di belakang simpisis pubis, dan pada perempuan berada di depan uterus

l. Uretra

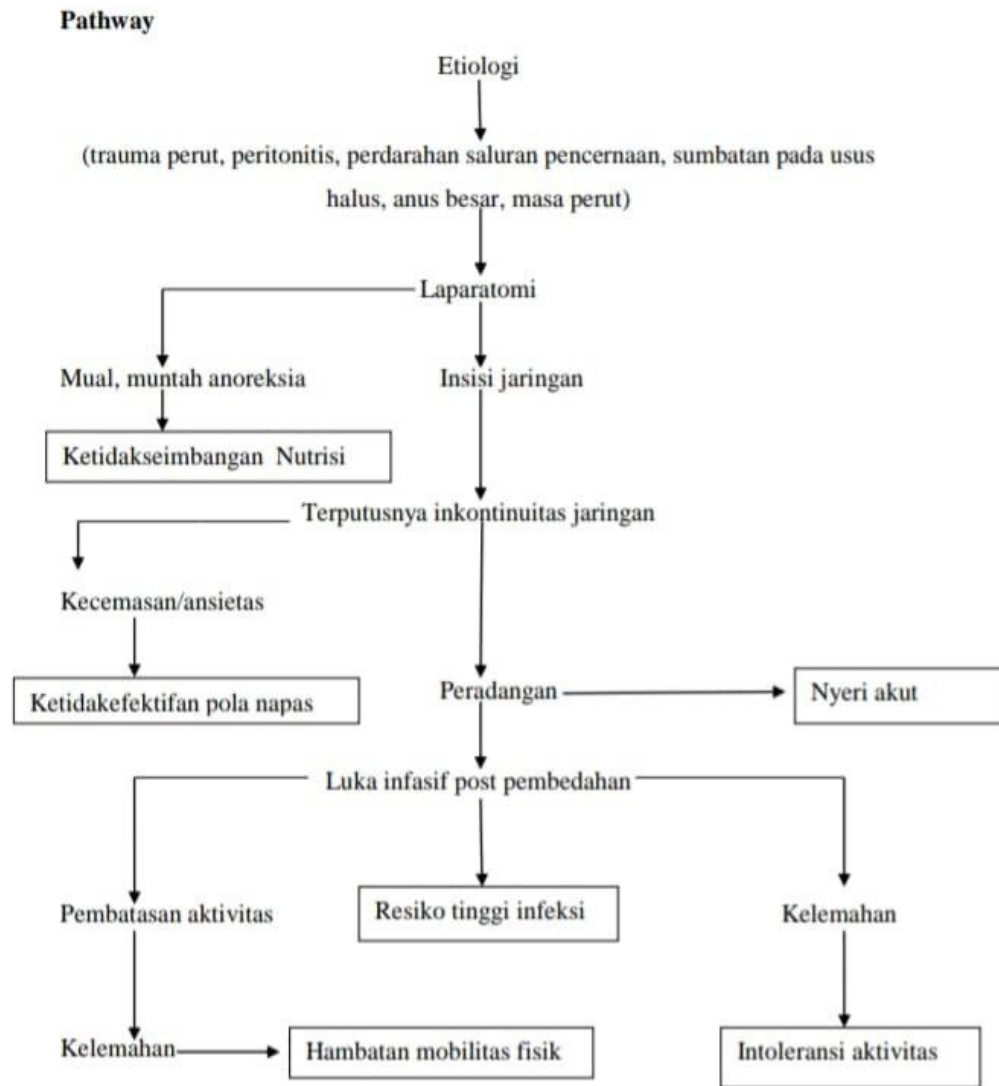
Uretra merupakan bagian tubular yang berfungsi untuk mentransmisikan urin dan sperma pada pria dan menstramisikan urin pada Wanita. (Manshur, 2022).

2.1.5 Patofisiologi

Laparotomi adalah pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen. Adanya trauma abdomen (tumpul/tajam), peritonitis, obstruksi pada usus halus dan usus besar, serta radang pada apendiks membutuhkan tindakan pembedahan untuk mengembalikan fungsi organ yang terjadi masalah, tindakan pembedahan tersebut yaitu laparotomi. Penyayatan pada abdomen akan mengaktifkan reseptor nyeri (nosiseptor) melalui sistem saraf asenden yang kemudian akan merangsang hipotalamus dan korteks serebri dan mengeluarkan zat kimia berupa histamin, bradikinin, serta prostaglandin yang akan memperparah rasa nyeri.

Rasa nyeri juga akan menyebabkan keterbatasan gerak pada anggota tubuh dan dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Terputusnya integritas jaringan akan menyebabkan terbukanya invasi sehingga mikroorganisme virus, bakteri dan parasit mudah masuk ke dalam tubuh dan terjadi resiko infeksi (Sjamsuhidajat, 2017)

2.1.6 WOC



(<http://www.scribd.com/document/248448707/Pathway-laparotomi>)

Sumber : Tefnai, 2019

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Ramadhania, 2023), pemeriksaan diagnostik laparotomi yang biasanya dilakukan adalah:

1. Pemeriksaan rectum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar : kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung, dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
2. Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan analisis urine.
3. Radiologik: bila diindikasikan untuk melakukan laparotomi.

Perlengkapan yang dilakukan pada pasien post laparotomi adalah :

- a. Respiratory: bagaimana saluran pernapasan, jenis pernapasan, bunyi pernapasan.
- b. Sirkulasi: tensi, nadi, respirasi, dan suhu waran kulit, refil kapiler.
- c. Persyarafan: tingkat kesadaran. Balutan: apakah ada drainase? apakah ada tanda-tanda infeksi, bagaimana proses penyembuhannya?
- d. Peralatan: monitor yang terpasang, cairan infus dan transfusi.
- e. Rasa nyaman: rasa sakit, mual, muntah, posisi pasien dan status ventilasi.
- f. Psikologis : kecemasan, suasana hati setelah operasi.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Menurut (Erita et al., 2019) pelaksanaan pada laparotomi abdomen adalah :

1. Abdominal paracentesis menentukan adanya perdarahan dalam rongga peritonium, merupakan indikasi untuk laparotomi
2. Pemasangan NGT memeriksa cairan yang keluar dari lambung abdomen
3. Pemberian antibiotik mencegah infeksi

4. Pemberian antibiotika IV pada penderita trauma tembus atau pada trauma tumpul bila ada persangkaan perlukaan intestinal.
5. Penderita yang terkesan adanya pendarahan hebat yang meragukan kestabilan sirkulasi atau ada tanda-tanda perlukaan abdomen lainnya memerlukan pembedahan
6. Prioritas utama adalah menghentikan perdarahan yang berlangsung. Gumpalan kassa dapat menghentikan perdarahan yang berasal dari daerah tertentu, tetapi yang lebih penting adalah menemukan sumber perdarahan itu sendiri
7. Kontaminasi lebih lanjut oleh isi usus harus dicegah dengan mengisolasi bagian usus yang terperforasi tadi dengan mengklem segera mungkin setelah perdarahan teratasi.

Sedangkan menurut Shinta (2020) penatalaksanaan pada pasien laparatomi ada 2 yaitu:

a. Manajemen Non Operatif

Strategis intervensi nonoperatif berdasarkan pemeriksaan CT scan dan kestabilan hemodinamik pasien yang saat ini digunakan dalam penatalaksanaan trauma organ padat orang dewasa, hati dan limpa. Angiografi merupakan keutamaan pada manajemen nonoperatif trauma organ padat pada orang dewasa dari trauma tumpul. Digunakan untuk control perdarahan. Pada trauma tumpul abdomen, termasuk beberapa trauma organ padat, manajemen nonoperatif yang selektif menjadi standar perawatan.

- 1) Berdasarkan diagnosis CT Scan dan stabilitas hemodinamik untuk pengobatan cedera organ padat, terutama hati dan limpa.
 - 2) Angiography sebagai manajemen nonoperative dari cedera organ padat trauma tumpul pada organ dewasa untuk mengontrol perdarahan.
 - 3) *Splenic Artery Embolotherapy* (SAE) untuk manajemen nonoperative cedera limpa.
- b. Manajemen Operatif (Laparotomi)

Saat didapatkan indikasi laparotomi, di anjurkan pemberian antibiotik spektrum luas. Insisi midline biasanya menjadi pilihan. Saat abdomen mulai dibuka, dilakukan dengan memindahkan darah dan bekuan darah, membalut semua 4 kuadran, dan mengklemp semua struktur vaskuler kerusakan pada lubang berongga dijahit untuk menghindari pendarahan yang terjadi. Setelah kerusakan intra-abdomen teratasi dan perdarahan terkontrol dengan pembalutan, eksplorasi abdomen dengan teliti kemudian dilihat untuk evaluasi seluruh isi abdomen.

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

Perawatan pasca pembedahan (Ramadhania, 2023):

1. Monitor kesadaran, tanda-tanda vital, intake dan output
2. Observasi dan catat sifat dari drain (warna, jumlah) drainage
3. Dalam mengatur dan menggerakkan posisi pasien harus hati-hati, jangan sampai drain tercabut.
4. Perawatan luka operasi secara steril.

2.2 Nyeri Akut

2.2.1 Pengertian

Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Adapun tanda dan gejala yang ditimbulkan seperti, adanya keluhan nyeri, meringis, bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur (TIM POKJA SDKI DPP PPNI 2017).

2.2.2 Data Mayor dan Data Minor Nyeri Akut

Tanda dan gejala pasien post op laparatomi dengan nyeri akut sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) terdapat adanya tanda dan gejala baik tanda gejala mayor dan tanda gejala minor (TIM POKJA SDKI DPP PPNI., 2017) yang diuraikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Gejala dan tanda mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis waspada posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

Gambar 2.2 Data Mayor Dan Minor Nyeri Akut

2.3 Terapi Relaksasi Benson

2.3.1 Pengertian Terapi Relaksasi Benson

Relaksasi benson merupakan teknik relaksasi pernafasan dengan melibatkan keyakinan yang mengakibatkan penurunan terhadap konsumsi oksigen oleh tubuh dan otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman (Whitney & Whitney, 2018).

Relaksasi Benson ini merupakan gabungan antara teknik respons relaksasi dan sistem keyakinan individu atau faith factor. Fokus dari relaksasi benson ini pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang ulang dengan menggunakan ritme yang teratur disertai sikap yang pasrah. Ungkapan yang digunakan dapat berupa nama nama Tuhan atau kata kata yang memiliki makna menenangkan bagi pasien itu sendiri. Empat elemen dasar agar terapi relaksasi benson ini berhasil dalam penerapannya adalah lingkungan yang tenang, secara sadar pasien dapat mengendurkan otot-ototnya, pasien dapat memusatkan diri selama 10-15 menit pada ungkapan yang telah dipilih, dan pasien bersikap pasif terhadap pikiran-pikiran yang mengganggu (Solehati dan Kosasih, 2015).

2.3.2 Tujuan Terapi Relaksasi Benson

Terapi relaksasi Benson bertujuan untuk menurunkan tingkat persepsi nyeri pada pasien post operasi laparatomi.

2.3.3 Manfaat Terapi Relaksasi Benson

Relaksasi benson merupakan pengembangan dari metode relaksasi nafas dalam dengan melibatkan faktor keyakinan yang dapat bermanfaat untuk menciptakan suatu lingkungan yang tenang. Relaksasi benson dapat mengurangi tingkat stres, kecemasan, rasa tidak nyaman, dan juga, dapat menurunkan metabolisme, kontraksi jantung, serta melepaskan hormon yang berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri (Muzaenah dan Hidayati, 2021).

2.3.4 Evidence Based Terapi Relaksasi Benson

Berdasarkan hasil dari penelitian yang telah dilakukan oleh Agus Renaldi, Maryana, dan Jenita, 2020, berjudul “Relaksasi Benson Terhadap Tingkat Persepsi Nyeri Pada Pasien Post Laparotomy di RSUD Nyi Ageng Serang” menunjukkan bahwa Tingkat persepsi nyeri responden setelah diberikan terapi relaksasi benson banyak yang mengalami penurunan tingkat persepsi nyeri. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi relaksasi benson dapat digunakan sebagai salah satu Teknik untuk mengatasi nyeri pada pasien post laparotomy.

Adapun hasil penelitian menurut Aan Wahyudi, Eska Dwi Prajayati, dan Yohana Ika Prastiwi 202, yang berjudul “Penerapan Teknik Relaksasi Benson Terhadap Tingkat Persesi Nyeri Pada Pasien Post Laparotomy Di RSUD Ir.Soekarno Sukoharjo” menyatakan bahwa berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis dengan pasien post laparotomy mendapatkan hasil penurunan satu tingkat skala nyeri.

Diperkuat juga dengan hasil penelitian Annisa, Rahmawati, Eska, dan Isti Wulandari 2024, berjudul “Penerapan Terapi Relaksasi Benson Untuk

Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomy Di Ruang HCU Cempaka RSUD DR. Moewardi Surakarta” menyatakan bahwa adanya perubahan penurunan skor Tingkat nyeri sesudah diberikan terapi relaksasi benson, terapi relaksasi benson dilakukan selama 15 menit didapatkan hasil skala nyeri menurun.

2.3.5 Prosedur Tindakan Keperawatan Terapi Relaksasi Benson

Tabel 2.1 Prosedur Tindakan Terapi Relaksasi Benson

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI BENSON
PENGERTIAN	Teknik Relaksasi benson adalah teknik pernapasan dalam yang melibatkan keyakinan seseorang dengan kata-kata/frase religi yang diyakini dapat menurunkan beban yang dirasakan atau dapat meningkatkan kesehatan
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan nyeri 2. mengurangi nyeri 3. mengendalikan ketegangan otot 4. mengendalikan pernapasan
WAKTU	Selama 10 – 15 menit, 1-2 x sehari, sebaiknya sebelum makan.
PERALATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengukur waktu 2. Catatan observasi klien 3. Pena dan buku catatan kecil
PERSIAPAN KLIEN DAN LINGKUNGAN	A. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tingkat nyeri klien 2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien 3. Berikan penjelasan tentang terapi benson 4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
TAHAP ORIENTASI	B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
PROSEDUR	C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk 2. Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata. 3. Kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks. 4. Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, serta mengucapkan dalam hati kata-kata yang sudah dipilih pada saat menarik napas dan diulang saat mengeluarkan napas. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah. 5. Ulang terus point 4 selama 10-15 menit
TERMINASI	D. Tahap Terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi skala nyeri setelah inervensi 2. Ucapkan salam
DOKUMENTASI	Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien

Benson dalam (Datak,2015)

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Pengkajian primer

a. Airway

Airway kontrol atau penanganan pertama pada jalan napas adalah pertolongan pertama yang dapat dilakukan dengan membebaskan jalan napas dari benda asing, terdapatnya cairan, maupun pangkal lidah jatuh kebelakang yang dapat menyebabkan adanya gangguan pada jalan napas. Pada airway harus di perhatikan adanya suara napas abnormal. snoring, gurgling ataupun stridor.

b. Breathing

Breathing atau fungsi napas yang dapat terjadi karena adanya gangguan pada pusat pernapasan ataupun karena adanya komplikasi atau infeksi pada saluran pernapasan. Pada pengkajian breathing yang harus diperhatikan yaitu, periksa ada atau tidaknya pernapasan efektif dengan cara melihat naik turunnya dinding dada, adanya suara napas tambahan, adanya penggunaan otot bantu pernapasan, gerakan dinding dada yang simetris, serta memantau pola napas.

c. Circulation

Pada bagian circulation, yang harus diperhatikan yaitu, bagaimana nadi, frekuensi, teratur apa tidak, lemah atau kuat, berapa tekanan darahnya. Memeriksa pengisian kapiler dengan cara menilai capillary refill time > 2detik, warna kulit, suhu tubuh, serta adanya perdarahan.

d. Disability

Pada penilaian disability, melibatkan evaluasi fungsi sistem saraf pusat, yakni dengan menilai tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), reaksi pupil, kekuatan otot.

e. Exposure

Pada pengkajian ini dilakukan ketika pasien mengalami trauma atau cedera ketika masuk rumah sakit. Pengkajian ini dilakukan dengan menanggalkan pakaian pasien dan memeriksa cedera pada pasien secara head to toe.

f. Foley catheter

Pasang kateter untuk memantau jumlah produksi urine

g. Gastric tube

Lakukan pemasangan NGT untuk mencegah aspirasi dan mengeluarkan cairan didalam gaster

h. Heart monitor

Pantau terhadap takikardi dan bradikardi, waspada terhadap aritmia dan lakukan USG, CT Scan.

2. Pengkajian Sekunder

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Pada identitas klien meliputi, nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal (alamat), tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan diagnosis medis.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada pengkajian riwayat penyakit sekarang meliputi, keluhan atau gangguan yang berhubungan dengan penyakit yang di rasakan saat ini.

3) Riwayat penyakit dahulu

Keadaan atau penyakit yang pernah di derita oleh penderita misalnya apakah ada riwayat pembedahan atau masuk rumah sakit sebelumnya.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Mencari informasi kepada anggota keluarga tentang riwayat penyakit yang ada di dalam keluarga yang berhubungan dengan pembedahan.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan fisik umum persistem, observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda tanda vital dan pemeriksaan head to toe.

b) Pemeriksaan Head to toe pemeriksaan fisik dapat terbagi menjadi beberapa bagian yaitu:

1) Kepala

Pada pengkajian di bagian kepala, dilihat kebersihan kepala, warna rambut hitam atau putih, bersih, kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan di kepala, dan tidak ada nyeri tekan pada kepala.

2) Mata

Inspeksi konjungtiva, sclera, reflek pupil, dan pendarahan dimata.

3) Hidung

Inspeksi bentuk hidung, pendarahan, lihat apakah terdapat pernapasan cuping hidung (dypsnea) atau tidak.

4) Telinga

Inspeksi adanya perdarahan, atau adanya battle sign

5) Mulut dan bibir

Inspeksi kelembapan mulut, sianosis, palpasi adanya fraktur atau tidak.

6) Leher

Inspeksi JVP, reflek menelan, pergeseran trakea.

7) Dada

Inspeksi : otot bantu nafas, ekspansi paru, retraksi dada

Palpasi : vocal fremitus kedua laang paru

Perkusi : sonor, hipersonor atau pekak

Auskultasi : vesikuler, ronchi, wheezing, stridor

8) Abdomen

Abdomen Pemeriksaan fisik pada abdomen adalah; Inspeksi : adanya distensi abdomen, jejas, luka trauma

Auskultasi : bising usus

Palpasi : pembesaran hepar atau lien, teraba massa atau keras karena distensi

Perkusi : tympani atau pekak

9) Genetalia

Inspeksi adanya hematoma atau perdarahan

10) Ekstremitas

Inspeksi : bentuk ekstremitas atas dan bawah, deformitas, adanya luka

Palpasi : adanya krepitasi, kelemahan otot, spasme otot, nyeri tekan, kesemutan, akral

11) Psikologi

Tingkat kecemasan, denial, depresi

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI,2017).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus post op laparotomi dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).
(D.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, penurunan kendali otot, penurunan massa

otot, penurunan kekuatan otot, efek agen farmakologis, nyeri, kecemasan.

(D.0054)

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan Penyakit kronis (mis: diabetes melitus), Efek prosedur invasive, Malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh), Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat).

(D.0142)

2.4.3 Rencana Keperawatan

Tabel 2.2 Rencana Tindakan Keperawatan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Tingkat nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Pola nafas membaik 7. Tekanan darah membaik	<p style="text-align: center;">Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indetifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Indetifikasi skala nyeri 3. Indetifikasi respon nyeri non verbal 4. Indetifikasi identivikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Indetifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgentik <p>Terapeutik</p>

			<p>8. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, teknik imajinasi terbimbing dll)</p> <p>9. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>11. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>12. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>13. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>14. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>15. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	--	---

2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, efek agen farmakologis, nyeri, kecemasan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24jam diharapkan Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun 	<p style="text-align: center;">Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik 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"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
---	--	---	---

			<p>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (empat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
3	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan Penyakit kronis (mis: diabetes melitus), Efek prosedur invasive, Malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok;</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Cairan berbau busuk menurun 5. Bengkak menurun 6. Kultur area luka mambaik 	<p style="text-align: center;">Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitot tanda tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan Nacl sesuai kebutuhan 5. Bersihkan disekitar area luka 6. Bersihkan salep yang sesuai kekulit,

	<p>statis cairan tubuh), Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat).</p>		<p>jika perlu</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pertahankan teknik sterilitas saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 10. Anjurkan makan makanan yang tinggi kalori dan protein 11. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
--	--	--	--

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

- a. Evaluasi formatif Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan, dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai atau penilaian yang dilakukan langsung setelah tindakan dilakukan. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan.
- b. Evaluasi sumatif Evaluasi sumatif merupakan penilaian yang dilakukan setelah seluruh tindakan selama waktu yang telah ditentukan selesai. Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Perencanaan).

Teknik pelaksanaan SOAP :

1. S (Subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
2. O (Objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

3. A (Assesment) adalah membandingkan antar informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.
4. P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa