

**APLIKASI *BACK MASSAGE* DAN RELAKSASI NAFAS DALAM PADA
Ny. N *POST LAPARATOMI* HARI KE 10 DENGAN NYERI AKUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D3 Keperawatan



Disusun Oleh :

Iik Vina Fatimah

15.0601.0039

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

APLIKASI *BACK MASSAGE* DAN RELAKSASI NAFAS DALAM
PADA Ny. N *POST* LAPARATOMI HARI KE 10 DENGAN NYERI AKUT

Telah direvisi dan dipertahankan di hadapan TIM Penguji KTI

Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang



Pembimbing II

Ns. Estrin Handayani, MAN

NIK. 118706081

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

APLIKASI *BACK MASSAGE* DAN RELAKSASI NAFAS DALAM
PADA Ny. N *POST LAPARATOMI H-10* DENGAN NYERI AKUT

Disusun Oleh:

Nama: Iik Vina Fatimah

NPM: 1506010039

Telah direvisi dan dipertahankan di depan penguji pada tanggal 27 Agustus 2018
Susunan Penguji:

Penguji I:

Ns. Sodik Kamal, S.Kep., M.Sc
NIK. 108006063



Penguji II:

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

(.....)

Penguji III:

Ns Estrin Handayani, MAN
NIK. 118706081

(.....)

Magelang, 27 Agustus 2018
Program Studi D3 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Dekan,



(.....)

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Alhamdulillah, puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Aplikasi *Back Massage* dan Relaksasi Nafas Dalam pada Ny. N *Post Laparatomi Hari Ke 10 dengan Nyeri Akut***” pada waktu yang di tentukan.

Adapun tujuan Karya Tulis Ilmiah ini dalam menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mengalami berbagai kesulitan. Namun berkat bantuan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang juga selaku pembimbing 1 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep. selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan kesempatan untuk menimba ilmu di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Estrin Handayani MAN. selaku dosen pembimbing 2, yang telah bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

5. Semua Staf dan Karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
6. Ayah yang jauh disana semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa membuatmu bangga dengan putri tunggalmu ini. Ibu Sri Nurjanah yang sudah banyak berkorban meneteskan keringat dan air mata demi penulis agar bisa mendapatkan masa depan yang lebih baik.
7. Kakek, nenek yang sudah merapat penulis sejak kecil dan memberikan kasih sayang yang tiada akhir kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Keluarga besar yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberi semangat, mendukung dan membantu penulis baik secara moril, materil maupun spiritual hingga selesainya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teman-teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan telah banyak memberikan kritik dan saran, yang setia menemani dan mendukung selama 3 tahun bersama yang kita lalui.
10. Semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal bapak/ibu/saudara/i yang telah diberikan kepada penulis memperoleh imbalan yang setimpal dari Allah SWT. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya hanya kepada Allah SWT semata penulis memohon perlindungan-Nya. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semuanya.

Wassalamualaikum wr.wb

Magelang, 18 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------------------------------|
| APLIKASI | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | Error! Bookmark not defined. |
| HALAMAN PENGESAHAN | Error! Bookmark not defined. |
| KATA PENGANTAR | iv |
| DAFTAR ISI | vi |
| DAFTAR GAMBAR | vii |
| BAB 1 | 1 |
| PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Tujuan..... | 3 |
| 1.3 Metode Pengumpulan Data..... | 4 |
| 1.4 Manfaat Penulisan Karya Tulis Ilmiah..... | 5 |
| BAB 2 | 6 |
| TINJAUAN PUSTAKA | 6 |
| 2.1 Konsep Laparatomi..... | 6 |
| 2.2 Manifetasi Klinis Post Laparatomi..... | 12 |
| 2.4 Penatalaksanaan Post Laparatomi..... | 14 |
| 2.5 Pemeriksaan Penunjang Laparatomi..... | 14 |
| 2.6 Konsep Asuhan Keperawatan..... | 15 |
| 2.7 Pathway..... | 20 |
| BAB III | 21 |
| LAPORAN KASUS | 21 |
| 3.1 Pengkajian..... | 21 |
| 3.2 Analisa Data..... | 24 |
| 3.3 Diagnosa Keperawatan..... | 24 |
| 3.4 Intervensi..... | 25 |
| 3.5 Implementasi..... | 25 |
| 3.6 Evaluasi..... | 26 |
| BAB IV | Error! Bookmark not defined. |
| PEMBAHASAN | Error! Bookmark not defined. |
| 4.1 Pengkajian..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.2 Diagnosa Keperawatan..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.3 Intervensi..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.4 Implementasi..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.5 Evaluasi..... | Error! Bookmark not defined. |
| BAB V | 28 |
| PENUTUP | 28 |
| 5.1 Kesimpulan..... | 28 |
| 5.2 Saran..... | 29 |
| DAFTAR PUSTAKA | 30 |
| Lampiran | Error! Bookmark not defined. |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 1. Angka Pengukuran Nyeri | 16 |
| Gambar 2. Pathway Nyeri | 20 |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan globalisasi dan gaya hidup manusia saat ini berdampak terhadap pola penyakit. Untuk menangani bermacam keluhan penyakit, berbagai tindakanpun dilakukan, mulai tindakan sederhana secara non bedah hingga pada tindakan yang paling berat yaitu operasi atau tindakan bedah (Murgitani, 2013). Menurut WHO (2011) insiden pembedahan khususnya laparatomi di dunia tahun 2010 mencapai 9% dari keseluruhan penduduk dunia. Data yang didapatkan di Amerika, kejadian laparatomi mencapai 7% dari seluruh populasi dengan insiden 1 kasus per 1000 per tahun. Usia rata-rata 20-30 tahun yang paling sering mengalami pembedahan. Data dari *National Emergency Laparotomy Audit* (NELA) tahun 2014 terjadi sekitar 30.000 tindakan laparatomi di Inggris dan Wales.

Berbeda dengan kondisi di Indonesia bahwa kasus laparatomi cukup tinggi yaitu mencapai 32% atau menempati urutan ke 11 dari 50 pola penyakit. Jumlah pembedahan laparatomi di Indonesia mencapai 591.819 kasus dan meningkat pada tahun 2011 mencapai 596.132 kasus. Sayatan pada bedah laparatomi menimbulkan luka yang berukuran besar dan dalam, sehingga membutuhkan waktu penyembuhan dan perawatan yang lama (Yusrizal, Zamzakar, & Anas, 2012) Klien laparatomi akan diperbolehkan pulang pada hari ke-6 pasca operasi. Pada hari ke-6 pasca operasi proses penyembuhan luka sedang berada pada masa proliferasi atau rekonstruksi. Menurut Nursiah (2010) Pasien pasca operasi akan merasakan nyeri ketika efek analgetik yang diberikan mulai berkurang (Astarani & Radita, 2015). Angka kejadian nyeri pasca laparatomi dilaporkan dari 435 pasien malignasi dan non malignasi gastrointestinal.

Pasien *post* laparatomi mengeluhkan nyeri ringan 26,92%, nyeri sedang sebanyak 57,70%, sedangkan yang mengeluh nyeri berat sebanyak 15,38% (Megawati,

2010). Klien biasanya tidak bisa mengontrol nyeri secara maksimal sehingga sering mengakibatkan sulit tidur. Persepsi nyeri sangat subjektif tergantung impuls nyeri, respon emosional terhadap nyeri dan tingkah laku seperti nyeri yang dirasakan sebelumnya (Astarani & Radita, 2015).

Walaupun nyeri bersifat subjektif namun nyeri bisa diukur secara objektif. Hasil dari pengukuran nyeri tersebut digunakan untuk penanganan nyeri agar sesuai dengan kebutuhan. Pengukuran kualitas dan kuantitas nyeri dapat dilakukan dengan beberapa indikator, seperti *Faces Rating Scale*, *Numeric Rating Scale* (NSC), *Verbal Descriptive Scale* (VDS), Dan *Visual Analog Scale* (VAS). Penanganan nyeri akut pasca operasi dengan tepat dapat mencegah terjadinya nyeri kronis yang akan memperburuk kondisi pasien (Astarani & Radita, 2015).

Penanganan nyeri yang diberikan ketika klien sudah diizinkan pulang biasanya berupa obat analgetik yang dosisnya dibatasi. Ketika obat sudah mencapai puncak kerja maka klien akan merasakan nyeri lagi. Penanganan nyeri dirumah sebaiknya difokuskan menggunakan terapi nonfarmakologi manajemen nyeri. Terapi nonfarmakologi terbukti dapat menurunkan skala nyeri dan juga efek samping yang ditimbulkan sedikit.

Terapi nonfarmakologi manajemen nyeri meliputi relaksasi dan *guide imagery*, kompres panas dan dingin, sentuhan terapeutik, hipnotis, akupresur, relaksasi otot, nafas dalam, massase, dan meditasi. Dari berbagai pilihan teknik nonfarmakologi tersebut, teknik yang efektif diterapkan yaitu teknik nonfarmakologi *back massage* dan relaksasi nafas dalam (Syamsiah & Muslihat, 2015). Beberapa penelitian menunjukkan relaksasi nafas dalam dan *back massage* merilekskan tegangan otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan tegangan otot yang menunjang nyeri. Ada banyak bukti menunjukkan relaksasi efektif untuk meredakan nyeri (Syamsiah & Muslihat, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Yusrizal, Zarni dan Elisa yang berjudul “Pengaruh Tehnik Relakasi Nafas Dalam Dan Massage Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Pasca Appendiktomi Di Ruang Bedah RSUD Dr.M Zein Painan” dengan responden 20 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan skala deskripsi verbal untuk skala nyeri, analisa data diambil dengan uji berpasangan untuk menilai perbedaan sebelum dan sesudah intervensi. Hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan rata-rata skala nyeri kelompok eksperimen sebelum dan sesudah intervensi adalah 3,50 (Yusrizal, Zamzahar, & Eliza, 2012).

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kili Astarani dan Bagus Radita (2015) yang berjudul “Terapi *Back Massage* Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Abdomen Di Instansi Rawat Inap RS Baptis Kediri” dengan responden 38 orang. Analisa uji statistik *wilcoxon signet rank test* membuktikan bahwa ada pengaruh terapi *back massage* terhadap penurunan skala nyeri pada klien post operasi abdomen yaitu dari nyeri sedang (6,00) menjadi kategori ringan (3,89) dengan rerata penurunan skala nyeri mencapai 2,10 (Astarani & Radita, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk menerapkan hasil penelitian dari Yusrizal, zarni, elisa dan kili astarani untuk diterapkan pada penderita post laparatomi. Penerapan aplikasi relaksasi nafas dalam dan *back massage* dilakukan dirumah dengan pertimbangan klien akan merasa lebih nyaman dengan lingkungannya. Aplikasi ini juga bisa diajarkan kepada keluarga agar keluarga dapat mandiri untuk meberikan terapi nonfarmakologi sehingga klien tidak ketergantungan dengan terapi analgetik.

1.2 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan proposal karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis mampu memberikan gambaran dan menjelaskan relaksasi nafas dalam dan *back massage* untuk mengatasi nyeri akut *post* laparatomi.

1.1.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulis adalah:

- 1.1.2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif menggunakan pada *klein post* laparatomi.
- 1.1.2.2 Melakukan identifikasi dan perumusan diagnosa keperawatan pada klien *post* laparatomi dengan nyeri akut.
- 1.1.2.3 Menyusun rencana asuhan keperawatan dengan tepat sesuai dengan diagnosa keperawatan.
- 1.1.2.4 Melakukan tindakan relaksasi nafas dalam dan *back massage* terhadap rencana asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan.
- 1.1.2.5 Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada klien *post* laparatomi.

1.3 Metode Pengumpulan Data

Menurut Arikunto (2010) dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah menggunakan 4 metode untuk mendapatkan data-data klien, yaitu:

1.1.3 Observasi Partisipatif

Penulis melakukan pengamatan secara langsung kepada klien. Pertemuan dilakukan dua hari sekali selama tiga kali kunjungan. Kunjungan pertama penulis mengkaji nyeri secara komprehensif dan holistik. Pengkajian dilakukan untuk melengkapi data subjektif klien, pengkajian nyeri menggunakan *numeric rating scale*. Pertemuan kedua penulis mengajarkan relaksasi nafas dalam dan mengaplikasikan *back massase* kepada klien. Pertemuan ketiga penulis mengevaluasi penurunan skala nyeri dengan aplikasi relaksasi nafas dalam dan *back massage*.

1.3.2 Interview

Penulis mengajukan pertanyaan secara langsung tentang nyeri yang dirasakan klien dengan *post* laparatomi.

1.3.3 Studi Literatur/Dokumentasi

Penulis mencari sumber aplikasi dari buku dan jurnal yang diterbitkan kurang dari 10 tahun.

1.4 Manfaat Penulisan Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Menggambarkan tentang relaksasi nafas dalam dan *back massage* untuk manajemen nyeri pada klien post laparotomi oleh perawat dalam mengembangkan dan menerapkan inovasi sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

1.1.4 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi sumbangan informasi mengenai relaksasi nafas dalam dan *back massage* dalam asuhan keperawatan pada klien nyeri akut *post* laparotomi.

1.1.5 Bagi Masyarakat Umum

Dapat menjadi sumber informasi mengenai manfaat relaksasi nafas dalam dan *back massage* dalam asuhan keperawatan klien nyeri akut *post* laparotomi.

1.1.6 Bagi Penulis

Penulis dapat terlatih mengembangkan hasil bacaan dari berbagai sumber, mengambil sarinya, dan mengembangkan pemikiran ke tingkat yang lebih matang.

1.4.3 Klien dan Keluarga

Memberikan gambaran umum tentang manajemen nyeri nonfarmakologi beserta perawatan yang benar bagi klien agar penderita mendapat perawatan yang tepat dalam keluarganya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Laparotomi

2.1.1 Definisi

Laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor dengan cara melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan organ dalam abdomen yang terkena masalah seperti kanker, perdarahan, obstruksi, dan perforasi (Sjamsuhidajat, *et al*, 2010 dalam Murgitani, 2013). Laparotomi adalah tindakan bedah pada daerah abdomen dengan teknik sayatan yang dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Murgitani, 2013).

Menurut kamus kedokteran laparotomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka abdomen (bagian perut). Kata “laparotomi” digunakan pertama kali pada tahun 1878 oleh seorang ahli bedah Inggris yaitu Thomas Bryant, kata laparotomi berasal dari dua kata Yunani, “*lapara*” dan “*tome*”. “*Lapara*” berarti bagian lunak pada tubuh yang berada di antara tulang rusuk sampai pinggul. Sedangkan kata “*tome*” berarti pemotongan. Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa laparotomi merupakan prosedur pembedahan pada dinding abdomen dengan teknik sayatan tertentu untuk menangani masalah pada organ didalam rongga abdomen (Rosida & Widiyastuti, 2014)

2.1.2 Klasifikasi Laparotomi

Menurut standar operasional prosedur Fakultas Kedokteran UNHAS (Hasanudin, 2013), klasifikasi laparotomi meliputi:

2.1.2.1 Menurut Teknik Pembedahan

- a. Insisi pada garis tengah abdomen (*mid-line incision*)

Paparan bidang pembedahan yang baik, dapat diperluas ke *cephalad* (ke arah kranial). Penyembuhan tidak sebaik insisi transversal, dipilih pada kasus gawat darurat.

b. Insisi pada garis transversal abdomen

Sering digunakan pada pembedahan obstetri dan ginekologi. Mempunyai keuntungan jarang menyebabkan herniasi pasca bedah. Kekurangan dari insisi ini yaitu daerah lapang operasi terbatas.

2.1.2.2 Menurut Indikasi

- a. Adrenaektomi : pengangkatan salah satu atau kedua kelenjar adrenal
- b. Apendektomi : operasi pengangkatan apendiks
- c. Gastrektomi : pengangkatan sepertiga distal lambung (duodenum/jejunum, mengangkat sel-sel penghasil gastrin dalam bagian sel parietal)
- d. Histerektomi : pengangkatan bagian uterus
- e. Kolektomi : eksisi bagian kolon atau seluruh kolon
- f. Nefrektomi : operasi pengangkatan ginjal
- g. Pankreatomi : pengangkatan pancreas
- h. Seksiosesarea : pengangkatan janin dengan membuka dinding ovarium melalui abdomen
- i. Siksetomi : operasi pengangkatan kandung kemih
- j. Selfigo oofarektomi: pengangkatan salah satu atau kedua tuba fallopi dan ovarium.

2.1.3 Etiologi Laparatomi

Beberapa penyebab dilakukannya laparatomi menurut Smeltzer yaitu apendiksistis, pankreatitis, hernia, kista ovarium, kanker serviks, kanker ovarium, kanker tuba fallopi, kanker hati, kanker lambung, kanker kolon, kanker kandung kemih, kehamilan ektopik, mioma uteri, peritonitis, trauma abdomen, massa abdomen, perdarahan saluran cerna, obstruksi pada usus halus dan usus besar (Adetiya, 2016).

2.1.4 Anatomi Fisiologi Abdomen

Abdomen merupakan rongga terbesar dalam tubuh. Abdomen berbentuk lonjong dan meluas dari diafragma sampai pelvis. Batas abdomen atas adalah diafragma,

bawah adalah pintu masuk panggul dari panggul besar, di depan dan kedua sisi, otot-otot abdominal, tulang-tulang iliaka, dan iga-iga sebelah bawah. Dibelakang tulang punggung, dan otot psoas dan kuadratus lumborus (Pearce, 2009).

Abdomen sebagian besar berisi organ pencernaan yaitu, lambung, usus halus, dan usus besar. Hati menempati bagian kanan atas, terletak dibawah diafragma, dan menutupi lambung dan bagian pertama usus halus. Kandung empedu terletak dibawah hati. Pankreas terletak dibelakang lambung, dan limpa terletak dekat ujung pankreas. Ginjal dan kelenjar suprarenal berada diatas dinding posterior abdomen. Ureter berjalan melalui abdomen dari ginjal (Pearce, 2009). Aorta abdominalis, vena cava interior, reseptakulum kili, dan sebagian dari saluran toraksika terletak didalam abdomen. Pembuluh limfe dan kelenjar, urat saraf, peritonium, dan lemak juga dijumpai didalam rongga abdomen (Pearce, 2009).

Ada dua macam cara pembagian topografi abdomen menurut yang umum dipakai untuk menentukan lokasi kelainan, yaitu:

- a. Pembagian atas empat kuadran, dengan membuat garis vertikal dan horizontal melalui umbilicus, sehingga terdapat daerah kuadran kanan atas, kiri atas, kanan bawah, kiri bawah.
- b. Pembagian sembilan daerah, dengan membuat dua garis horizontal dan dua garis vertikal.

Garis horizontal pertama dibuat melalui tepi bawah tulang rawan iga kesepuluh dan yang kedua dibuat melalui titik spina iliaka anterior superior (SIAS). Garis vertikal dibuat masing-masing melalui titik pertengahan antara SIAS dan *mid-line* abdomen. Terbentuklah daerah hipokondrium kanan, epigastrium, hipokondrium kiri, lumbal kanan, umbilical, lumbal kiri, iliaka kanan, hipogastrium/suprapubik, dan iliaka kiri (Kusmiati & Wahyuningsih, 2017).

Pada keadaan normal, di daerah umbilical pada orang yang agak kurus dapat terlihat dan teraba pulsasi arteria iliaca. Beberapa organ dalam keadaan normal dapat teraba didaerah tertentu, misalnya kolon sigmoid teraba agak kaku didaerah kuadran kiri bawah, kolon ascendens dan caecum teraba lebih lunak di kuadran kanan bawah. Ginjal merupakan organ retroperitoneal dalam keadaan normal tidak teraba. Kandung kemih pada retensio urine dan uterus gravid teraba di daerah suprapubik (Kusmiati & Wahyuningsih, 2017).

Organ-organ yang ada di rongga abdomen:

a. Gaster (lambung)

Bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster. Lambung biasanya berbentuk huruf J dan terletak di kuadran kiri atas abdomen. Lambung terdiri dari fundus ventrikuli, korpus ventrikuli, antrum pylorus, kurvatura minor, kurvatura mayor, dan oesophagus kardiak. Fungsi lambung adalah menampung makanan, menghancurkan dan menghaluskan makanan, oleh peristaltik lambung, dan getah lambung, menghasilkan getah cerna lambung, diantaranya pepsin, asam garam, renin, dan lapisan lambung.

b. Usus halus

Intestinal minor adalah bagian dari sistem pencernaan makanan yang berpangkal pada pylorus serta berakhir pada seikum dan panjangnya 6 meter, merupakan saluran paling panjang tempat proses pencernaan dan absorpsi hasil pencernaan. Usus halus terdiri dari duodenum, jejunum dan ileum. Fungsi usus halus adalah menerima zat makanan yang sudah dicerna, menyerap protein dalam bentuk asam amino, karbohidrat diserap dalam bentuk monosakarida.

c. Usus besar

Usus besar mempunyai panjang 1,5 meter dan lebar 5-6 cm. Usus besar terdiri dari sekum, kolon ascendens, appendiks, kolon transversum, kolon descendens, rectum, dan anus.

d. Pancreas

Pancreas merupakan sekumpulan kelenjar yang strukturnya sangat mirip dengan kelenjar ludah, panjang 15cm, lebar 5cm. Fungsi pancreas membentuk getah pancreas yang berisi enzim elektrolit, fungsi sekresi eksternal yaitu cairan

pankreas yang dialirkan ke duodenum yang berguna untuk proses pencernaan, fungsi sekresi internal sebagai sekresi hormon insulin.

e. Hati

Hati terletak pada bagian atas dalam rongga abdomen, disebelah kanan bawah diafragma dan beratnya 1,5 Kg. Hati terdiri dari dua lapisan yaitu permukaan atas berbentuk cembung terletak dibawah diafragma dan permukaan bawah tidak rata serta memperlihatkan fisura transversus. Hati berfungsi untuk mengubah zat makanan yang diabsorpsi dari usus, mengubah zat buang dan bahan racun untuk disekresi di empedu, menghasilkan enzim glikogen, sekresi empedu, pembentuk urine, dan menyimpan lemak.

f. Kandung empedu

Merupakan suatu kantong berbentuk terong dan membran berotot, terletak di sebelah lobus disebelah permukaan bawah hati sampai pinggir depannya, dengan panjang 812 cm berisi 60 cm. Fungsi kandung empedu sebagai persediaan getah empedu, sekres getah empedu yang digunakan untuk mencerna lemak.

g. Ginjal

Ginjal terletak di bagian belakang dari kavum abdominalis, dibelakang peritonium pada kedua sisi vertebra lumbalis III dan melekat pada dinding belakang abdomen. Ginjal berbentuk seperti kacang yang pada keadaan normal ginjal kiri lebih tinggi dari letak ginjal kanan. Ginjal terbungkus selaput tipis kapsula renalis.

Fungsi ginjal adalah mengeluarkan zat-zat toksis atau racun, mempertahankan keseimbangan cairan, menyeimbangkan kadar asam dan basa dari cairan tubuh. Mempertahankan keseimbangan garam dan zat lain ditubuh, juga mengeluarkan sisa metabolisme hasil akhir protein ureum, kreatinin, dan amoniak.

h. Ureter

Ureter terdiri dari dua saluran pipih, masing-masing bersambung dari ginjal ke kandung kemih dengan panjang 25-30cm. Letak ureter sebagian di dalam rongga abdomen sebagian di rongga pelvis.

i. Vesika urinaria

Vesika urinaria dapat mengembang dan mengempis seperti balon karet, terletak dibelakang simpisis pubis dalam rongga panggul. Kandung kemih berfungsi sebagai kantong penampung urine.

j. Uretra

Uretra merupakan saluran sempit yang berpangkal pada kandung kemih dan berfungsi untuk menyalurkan air kemih keluar. Pada laki-laki uretra berjalan berkelok-kelok melalui tengah-tengah prostat yang panjangnya 20 cm. Pada wanita uretra terletak dibelakang simpisis pubis berjalan miring sedikit kearah atas, panjangnya 3-4 cm.

k. Vagina

Vagian merupakan saluran yang menghubungkan uterus dengan vulva yang berfungsi sebagai saluran keluar dari uterus yang dapat mengalirkan darah menstruasi, sebagai jalan lahir pada waktu partus.

l. Uterus

Uterus merupakan alat berongga dan berbentuk seperti bola lampu yang gepeng dan terdiri dari dua bagian yaitu korpus uteri dan fundus uteri.

m. Tuba fallopi

Tuba fallopi terdapat pada tepi atas ligamentum latum, berjalan kearah lateral, mulai dari kornu uteri kanan kiri yang panjangnya kurang lebih 12cm dan diameternya 3-8 cm. Fungsi dari tuba fallopi untuk membawa ovum yang dilepaskan ovarium menuju kavum uteri.

n. Ovarium

Ovarium terdapat didalam rongga panggul disebelah kanan maupun sebelah kiri dan berbentuk seperti buah kenari. Ovarium berfungsi memproduksi sel telur, hormon esterogen dan hormon progesteron.

2.1.5 Patofisiologi Abdomen

Rongga abdomen memuat baik organ padat maupun yang berongga. Trauma abdomen merupakan luka pada isi rongga perut dapat terjadi dengan atau tanpa tembusnya dinding perut dimana pada penanganan/penatalaksanaan lebih bersifat

kedaruratan dapat pula dilakukan tindakan laparatomi (Muttaqin, 2014). Trauma tumpul kemungkinan besar dapat menyebabkan kerusakan yang serius bagi organ-organ yang padat, dan trauma penetrasi sebagian besar melukai organ-organ berongga. Kompresi dan perlambatan dari trauma tumpul menyebabkan fraktur pada kapsula dan parenkim organ padat, sementara organ berongga dapat kolaps dan menyerap energi benturan. Usus yang menempati sebagian besar rongga abdomen rentan mengalami trauma penetrasi (Muttaqin, 2014).

Secara umum organ padat berespon terhadap trauma dengan perdarahan. Organ-organ berongga pecah dan mengeluarkan isinya kedalam rongga peritoneal yang dapat menyebabkan peradangan dan infeksi. Tusukan/tembakan, pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (set-belt) dapat mengakibatkan terjadinya trauma abdomen sehingga harus dilakukan laparatomi. Hampir semua pembedahan mengakibatkan nyeri tajam dan terlokalisasi yang biasanya terjadi akibat trauma pada serabut kulit (Sulung & Rani, 2017).

Efek samping setelah pembedahan adalah timbulnya nyeri pada daerah bekas sayatan. Timbulnya nyeri setelah operasi merupakan hal yang fisiologis, tetapi nyeri merupakan keluhan yang paling ditakuti oleh klien. Nyeri merupakan pengalaman sensorik maupun emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset yang mendadak atau lambat dan dapat berintensitas ringan sampai berat yang berlangsung tidak lebih dari 3 bulan (PPNI, 2016).

2.2 Manifestasi Klinis Post Laparatomi

keluhan utama yang biasanya timbul adalah nyeri tekan abdomen, mual, muntah, anoreksia, perubahan tekanan darah, nadi, dan pernafasan, gangguan integumen dan jaringan subkutan, konstipasi, dan kelemahan (Adetiya, 2016). Menurut Tamsuri Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi dalam waktu 1 detik sampai dengan kurang dari 6 bulan yang biasanya dirasakan pada penyakit akut, pada pembedahan dengan awitan yang cepat dan tingkat keparahan yang bervariasi.

Sedangkan nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi dalam lebih dari 6 bulan. Nosisseptor merupakan reseptor nyeri yang ada di akhiran saraf bebas pada setiap jaringan tubuh kecuali otak (Andarmojo, 2013).

2.3 Komplikasi *Post Laparatomi*

Komplikasi yang biasanya muncul pasca operasi menurut Arif (Mansjour, 2012) adalah:

a. Gangguan Perfusi Jaringan

Gangguan perfusi jaringan karena tromboflebitis yang biasanya terjadi pada pasca operasi hari ke 7-14. Bahaya yang disebabkan karena tromboflebitis jika darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli menuju paru-paru, hati, dan otak.

b. Infeksi

Infeksi sering muncul pada 36-46 jam pasca operasi. Organisme yang sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme : gram positif yang mengakibatkan nanah.

c. Kerusakan Integritas Kulit

Kerusakan integritas kulit karena dehiscensi luka atau eviserasi yang disebabkan karena infeksi luka, kesalahan penutupan waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari muntah.

d. Syok

Syok digambarkan sebagai tidak memadainya oksigenasi selular yang disertai dengan ketidakmampuan untuk mengsekresikan produk metabolisme.

e. Gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman nyeri akan semakin terasa ketika efek analgetik berkurang

f. Ventilasi paru tidak adekuat

g. Gangguan kardiovaskuler seperti hipertensi, dan aritmia jantung

h. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

.

2.4 Penatalaksanaan *Post* Laparatomi

Monitor kesadaran dan tanda-tanda vital penting untuk mengetahui keadaan pasien. Perawatan luka pasca operasi sangat penting untuk menghindari infeksi yang dapat memperburuk kondisi. Perawatan luka dengan prinsip steril dan pergantian balutan setiap balutan kotor. Makanan yang dikonsumsi sebaiknya mengandung tinggi protein, dan vit c untuk membantu prose penyembuhan luka.

Mobilisasi klien sebaiknya dilakukan sejak dini agar terhindar dari dekubitus jika terlalu lama berbaring telentang. Pemenuhan eliminasi dengan mengontrol fungsi perkemihan. Mual muntah biasanya terjadi selama 24 jam pasca operasi.

Nyeri yang dirasakan pada luka pasca laparatomi akan mengganggu kenyamanan pasien. Pemberian terapi farmakologi akan membantu mengurangi nyeri yang dirasakan. Tidak hanya terapi farmakologi yang diberikan namun sebagai perawat juga harus memberikan tindakan mandiri berupa terapi nonfarmakologi. Terapi nonfarmakologi yang dapat diberikan kepada klien yaitu *back massage* dan relaksasi nafas dalam.

Terapi nonfarmakologi *back massage* adalah tindakan penekanan otot tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen tanpa menyebabkan pergeseran ataupun perubahan posisi sendi untuk menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi (Yusrizal, Zamzakar, & Anas, 2012). Massase punggung, bahu, lengan, dan kaki selama 3 sampai menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan. Relaksasi nafas dalam merupakan teknik nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan nafas secara perlahan (Yusrizal, Zamzakar, & Anas, 2012).

2.5 Pemeriksaan Penunjang Laparatomi

Pemeriksaan penunjang menurut (Muttakin, 2016):

2.1.8.1 Pemeriksaan rectum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar, kuldosentris menunjukkan kemungkinan adanya darah dalam lambung, dan kateterisasi adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.

2.1.8.2 Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan analisis urine.

2.1.8.3 Radiologi : bila di indikasikan untuk laparatomi

2.1.8.3 Parasentesis perut : tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan dalam rongga perut atau trauma tumpul perut yang disertai dengan trauma kepala yang berat.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

2.2.1.1 Anamnesa

Gangguan yang mengenai abdomen dan sistem gastrointestinal bisa menimbulkan gejala seperti nyeri abdomen, muntah, hematemesis, sulit menelan, gangguan cerna, diare, perubahan defekasi, bengkak atau benjolan pada perut, penurunan berat badan, melena (Muttakin, 2016).

a. Riwayat penyakit dahulu

Apakah mengalami penyakit saluran cerna, pernah mengalami operasi pada daerah perut sebelumnya, riwayat konsumsi alkohol, obat yang pernah dikonsumsi, dan pernahkah mendapat terapi untuk penyakit saluran cerna.

b. Riwayat keluarga

Adakah kondisi turunan yang mempengaruhi sistem gastrointestinal

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian nyeri secara komprehensif menggunakan PQRST, yaitu:

P : provokatif/paliatif

Penyebab nyeri misalnya luka pasca laparatomi

Q : Kualitas/Quantitas

Seberapa berat nyeri terasa, bagaimana rasanya misalnya seperti tersayat, tertusuk, tertindih, dan lain sebagainya

R : Region/Radiasi

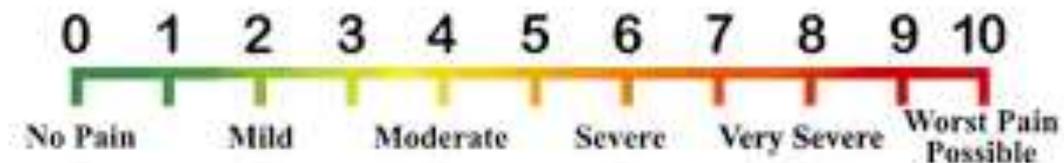
Lokasi dimana nyeri terasa

S : Skala

T : Timing

Kapan keluhan nyeri tersebut mulai dirasakan, seberapa sering nyeri tersebut dirasakan, apakah secara bertahap atau mendadak

Pengukuran skala nyeri dengan angka (Rusbandi, 2016)



Gambar 1. Angka Pengukuran Nyeri

Www.lpkeperawatan.ku.cf

0 : Tidak nyeri

1-3: Nyeri ringan (secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik)

4-6 : Nyeri sedang (secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik)

7-9 : nyeri berat (secara objektif klien kadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi)

10 : Nyeri sangat berat (pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul)

Pengkajian nyeri Wong-Baker Faces Rating Scale

d. Pola aktifitas harian

Membandingkan antara kebiasaan di rumah dan selama perawatan.

e. Pola nutrisi

Makanan pokok, frekuensi makan, pantangan makan, alergi terhadap makanan, dan nafsu makan. Biasanya pada klien pasca operasi akan mual, muntah, dan anoreksia.

f. Pola eliminasi

Frekuensi BAB, konsistensi dan keluhan selama BAB

g. Pola istirahat dan tidur

Pada klien pasca operasi biasanya ditemukan gangguan pola tidur karena nyeri

h. Pola personal hygiene

Kemampuan klien dalam perawatan diri biasanya terbatas akibat nyeri

i. Pola aktivitas

Biasanya ditemui keterbatasan gerak

2.2.1.2 pemeriksaan fisik

a. Sistem pernafasan

Pernafasan cepat dan pendek mungkin terjadi akibat nyeri

b. Sistem kardiovaskuler

Biasanya mengalami takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi, dan penurunan suhu tubuh.

c. Sistem gastrointestinal

Ditemukan distensi abdomen, kembung, dan penurunan peristaltik usus

d. Sistem perkemihan

Terjadi penurunan haluaran urine dan warna urine menjadi pekat

e. Sistem muskuloskeletal

Kelemahan dan kesulitan ambulasi karena nyeri

f. Sistem neurologi

Nyeri dirasakan bervariasi, tingkat dan keparahan nyeri tergantung pada anggapan fisiologi dan psikologi

g. Sistem integumen

Ditemukan luka akibat pembedahan di area abdomen.

h. Aspek psikologi

Status emosi, konsep diri, body image, harga diri, ideal diri, peran, dan identitas.

2.2.2 Analisa data

Data subjektif didapat dari wawancara dengan klien mengenai nyeri yang dirasakan klien. Data objektif didapatkan dengan pengkajian *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

2.2.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka pasca operasi)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x...jam diharapkan nyeri akut dapat diatasi dengan kriteria hasil :

Tujuan:

Berdasarkan NOC (Moorhead, Jhonson, L.Maas, & Swanson, 2013)

Tingkat nyeri (2102)

- a. Nyeri yang dilaporkan dari 3 menjadi 5 (210201)
- b. Ketegangan otot wajah dari 3 menjadi 5 (210209)

Intervensi berdasarkan NIC (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013):

- a. Manajemen nyeri (1400)
 - a) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus.
 - b) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (*back massage* dan relaksasi nafas dalam).
 - c) Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
 - d) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat

2.2.5 Implementasi

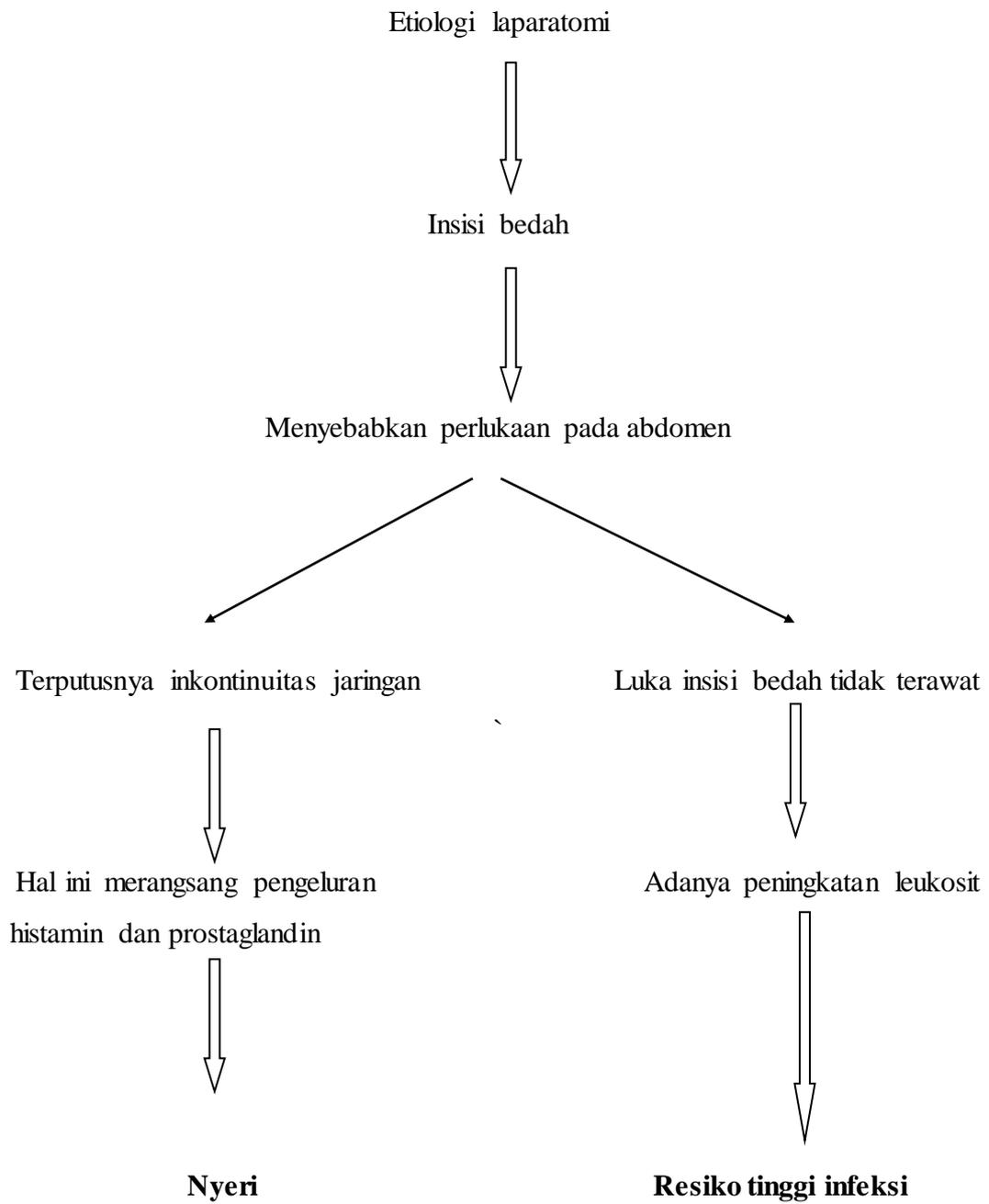
Penerapan intervensi dilakukan selama 4x pertemuan yang dilakukan setiap 2 hari 1x. Pertemuan pertama melakukan pengkajian kepada pasien yang difokuskan kepada nyeri yang dirasakan. Pengkajian nyeri dilakukan menggunakan skala nyeri.

Pertemuan kedua dilakukan tindakan *back massage* dan relaksasi nafas dalam. *Back massage* dilakukan pada punggung, bahu, lengan, dan kaki selama 3 sampai 5 menit. Selama dilakukan *back massage* klien menerapkan relaksasi nafas dalam untuk membantu merelaksasikan otot. Pertemuan ketiga dan keempat juga dilakukan *back massage*.

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada pertemuan keempat atau pertemuan terakhir. Klien dievaluasi apakah terjadi penurunan skala nyeri dari sebelum dilakukan terapi dibandingkan dengan setelah diberi terapi. Hasil yang diharapkan yaitu terjadi penurunan skala nyeri.

2.7 Pathway



Gambar 2. Pathway Nyeri

(Sulung & Rani, 2017)

BAB III

LAPORAN KASUS

Penulis akan menguraikan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan *post* laparotomi hari ke-10 dengan menerapkan inovasi (hasil penelitian) yang sudah ada. Asuhan keperawatan ini diberikan selama 6 hari dengan 4 kali pertemuan yaitu pada tanggal 19, 20, 22, dan 24 Juli 2018 di rumah klien yang beralamat di Dusun Kebon Agung Kulon RT.05/RW.05 Desa Jogomulyo, Kecamatan Tempuran. Asuhan keperawatan ini terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Juli 2018 di rumah klien. Nama inisial klien adalah Ny. N, berusia 45 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD). Klien sekarang tidak bekerja, klien tinggal di Dusun Kebon Agung Kulon RT.05/RW.05, Desa Jogomulyo, Kecamatan Tempuran. Klien sudah bercerai dengan suaminya sehingga klien tinggal sendiri di Tempuran. Nomer HP ibu klien yang bisa di hubungi 085842852830 a.n. Yasmini.

3.1.1 Riwayat Kesehatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 19 Juli 2018 keluhan utama yang dirasakan klien adalah nyeri pada bekas laparotomi pada abdomen bagian bawah. Klien mengatakan laparotomi dilakukan karena terdapat tumor pada usus besar dekat anus 10 hari yang lalu. Klien mengatakan terasa nyeri pada bekas laparotomi dirasakan seperti tersayat-sayat, rasa nyeri pada luka dengan skala 6 yang dirasakan terus-menerus. Ketika sakit Ny. N hanya dibuat tiduran saja. Riwayat penyakit keluarga berdasarkan cerita klien, dalam keluarga tidak ada yang mempunyai sakit seperti Ny. N.

3.1.2 Pengkajian 13 Domain

Health promotion, keadaan umum klien sedang, tekanan darah klien 110/70 mmHg, nadi 88 x/menit, respirasi 24 x/menit, suhu 36⁰C. Klien belum pernah dirawat di rumah sakit. Yang dilakukan klien bila sakit adalah klien kadang langsung berobat ke puskesmas dan terkadang hanya minum obat warung, klien tidak pernah mengonsumsi jamu. Pola hidup klien tidak pernah berolahraga, klien tidak merokok dan tidak mengonsumsi alkohol. Faktor sosial ekonomi klien seorang janda yang sebelum sakit bekerja sebagai asisten rumah tangga. Sekarang klien sudah tidak bekerja karena sakit sehingga kebutuhan sehari-hari klien dibantu oleh ibunya. Klien mempunyai asuransi kesehatan.

Nutrition, BB biasanya: 45kg, BB sekarang: 38kg, TB: 150cm, IMT: 16,9 (*under weigh*). Bentuk kepala: mesocephal, kulit kepala bersih, rambut hitam pendek, tidak rontok. Mata: sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, turgor kulit elastis, nafsu makan klien menurun, klien mengatakan hanya minum susu atau sereal, klien hanya makan nasi sekali dengan porsi sedikit. Untuk kegiatan sehari-hari klien dibantu oleh orangtuanya. Kemampuan menelan dan mengunyah baik, klien masih sedikit trauma karena sebelum dioperasi klien tidak bisa BAB.

Cairan yang masuk ditubuh klien sekitar 990cc dari minum dan air metabolisme. Cairan keluar 1570cc dari urine dan IWL. Penilaian status cairan dihasilkan - 480cc. x. Dari pemeriksaan abdomen didapatkan inspeksi: perut simetris, terdapat luka *post laparotomi* pada perut bagian bawah dan terdapat lubang kolostomi pada perut atas bagian kiri. Auskultasi: bunyi peristaltik usus 10x permenit. Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hepar. Perkusi: timpani.

Elimination, klien BAK sebanyak 4-5x perhari dengan konsistensi kuning jernih dan bau khas urine, tidak ada kelainan kandung kemih/retensi urine. BAB klien melalui lubang kolostomi, klien tidak mengalami konstipasi. Integritas kulit pasien baik, turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, akral teraba hangat.

Activity/Rest, sebelum sakit klien tidur 7-8 jam perhari, saat sakit klien susah tidur karena nyeri pada perutnya. Jam tidur klien kurang lebih 3 jam, klien berusaha tidur namun tidak bisa. Klien biasanya mematikan lampu untuk merangsang tidur. Selama sakit klien tidak bekerja, klien tidak pernah berolahraga. Aktivitas sehari-hari seperti mandi, makan, berpakaian, dan kebersihan klien mandiri. ROM klien aktif dan tidak ada resiko cedera. Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit jantung, tidak terdapat edema ekstremitas.

Hasil pemeriksaan tekanan darah 110/70 mmHg, teraba tekanan jugularis. Pemeriksaan jantung inspeksi: dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, perkusi: redup, palpasi: iktus kordis teraba di intercosta ke-5, auskultasi: reguler. Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit sistem nafas, klien tidak menggunakan bantuan oksigen, kemampuan bernafas klien spontan. Pemeriksaan paru-paru inspeksi: dada simetris, pengembangan ada simetris, perkusi sonor, palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi; tidak terdapat suara tambahan.

Perception/Cognition, klien mengatakan lulusan SD, klien mengalami kurang pengetahuan. Klien hanya mengetahui sedikit tentang penyakit yang dideritanya. Klien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat, dan orang. Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit jantung dan sakit kepala. Klien tidak menggunakan alat bantu, penginderaan pasien baik. Untuk komunikasi klien menggunakan bahasa jawa. Klien tidak mengalami kesulitan berkomunikasi.

Self perception, klien mengatakan tidak merasa putus asa dengan penyakitnya, klien optimis akan sembuh dari penyakitnya. Terdapat luka pasca laparotomi, tidak ada cacat dan tidak ada keinginan untuk menciderai. *Role Relationship*, klien merupakan seorang janda. Orang terdekat klien adalah anaknya yang sekarang berada di pondok pesantren. Terdapat perubahan peran klien yang semula menjadi tulang punggung keluarga kini tidak bekerja. Terdapat perubahan gaya hidup klien. Interaksi klien dengan orang lain baik.

Sexuality, klien merupakan seorang janda, klien tidak mengalami disfungsi seksual. *Coping/stress rolerance*, klien tidak mengalami rasa takut atau cemas, kemampuan klien mengatasi cemas baik. *Life Perception*, klien tidak mengikuti kegiatan keagamaan dan tidak mengikuti kegiatan kebudayaan. *Safety/Protection*, klien mengatakan tidak ada riwayat alergi, klien juga tidak mempunyai riwayat penyakit autoimun. *Comfort*, Ny. N mengatakan nyeri pada luka pasca laparotomi, nyeri terasa seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah, skala nyeri 6 dan dirasakan terus menerus.

3.2 Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. N diperoleh data-data yang muncul sebagai berikut:

Pada tanggal 19 Juli 2018 pukul 13.00 WIB data data subjektif: klien mengatakan nyeri pada daerah perut yang terdapat luka pasca operasi, dirasakan seperti tersayat-sayat dengan skala 6 rasa nyeri pada perut dirasakan secara terus-menerus. Ketika nyeri terasa klien hanya dibuat tiduran saja. Klien mengatakan baru bercerai dari suaminya. Data objektif: klien tampak menahan nyeri, TD: 110/70 mmHg, nadi: 88 x/menit, RR: 24 x/menit, suhu: 36⁰C.

Data subjektif klien mengatakan susah tidur, klien sering terbangun karena merasa nyeri. Klien mengatakan tidur hanya sekitar 3 jam, terkadang tidak bisa tidur sama sekali. Data objektif klien tampak lemas, terdapat lingkaran hitam pada sekitar mata, klien tampak mengantuk.

3.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang penulis lakukan, penulis menemukan 2 diagnosa yaitu diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan prosedur pembedahan dan diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Dari kedua diagnosa yang muncul, diagnosa prioritas yang penulis ambil adalah nyeri akut berhubungan dengan prosedur bedah. Ditandai dengan data subjektif Ny. N

mengatakan nyeri pada daerah perut yang terdapat luka pasca operasi, dirasakan seperti tersayat-sayat dengan skala 6 rasa nyeri pada perut dirasakan secara terus-menerus. Ketika nyeri terasa klien hanya dibuat tiduran saja. Data objektif: klien tampak meringis menahan nyeri, TD: 110/70 mmHg, nadi: 88 x/menit, RR: 24 x/menit, suhu: 36⁰C.

3.4 Intervensi

Tujuan dari diagnosa adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil dari NOC kontrol nyeri (1605), kriteria hasil yang diharapkan atau skala target outcome dapat dipertahankan pada 3 (kadang-kadang) dan ditingkatkan ke 4 (sering), klien mampu mengenali kapan nyeri terjadi (160502) dari skala 3 menjadi 4, faktor penyebab (160501) skala 3 menjadi 4, menggunakan tindakan pencegahan (160503) skala 3 menjadi 4, dan menggunakan pengurangan nyeri tanpa analgetik (160504) skala 3 menjadi 4, intervensi atau rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah manajemen nyeri (1400) dengan observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (PQRST), ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, lakukan terapi back massage dan kolaborasi pemberian analgetik asam mefenamat 250mg.

3.5 Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 20 Juli 2018 pukul 13.00 WIB menciptakan lingkungan yang nyaman, mengajarkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan terapi *back massage*. Terapi relaksasi nafas dalam dan *back massage* dilakukan ketika klien merasa nyeri selama 10-15 menit. Berkolaborasi dengan dokter untuk terapi farmakologi asam mefenamat 250mg 3x perhari. Klien bersedia untuk dilakukan tindakan dengan respon subjektif klien mengatakan nyeri sedikit. Sedangkan respon objektif klien tampak nyaman ketika dilakukan terapi *back massage*, TD: 110/70 mmHg, nadi 89 x/menit, RR: 23 x/menit, suhu: 36⁰C.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 22 Juli 2018 pukul 15.00 WIB yaitu mengkaji ulang skala nyeri dengan PQRST pada klien. Menciptakan lingkungan yang nyaman dan mengulangi kembali teknik relaksasi nafas dalam dan *back massage*. Memberikan terapi farmakologi asam mefenamat 250mg 3x sehari. Respon subjektif klien mengatakan skala nyeri berkurang, klien mengatakan nyaman ketika diberikan terapi *back massage*. Respon objektif, klien tampak rileks dan menikmati terapi *back massage*. TD: 120/70 mmHg, nadi 83 x/menit, RR: 22 x/menit, suhu: 36⁰C.

Implementasi pada tanggal 24 Juli 2018 pukul 11.00 WIB dengan mengkaji ulang skala nyeri dengan PQRST dan menciptakan lingkungan yang nyaman serta mengajari keluarga Ny. N terapi relaksasi nafas dalam dan *back massage*. memberikan terapi farmakologi asam mefenamat 250mg 3x perhari. Respon subjektif klien mengatakan skala nyeri 3, keluarga Ny. N mengatakan sudah bisa cara terapi *back massage* dan akan melakukan terapi ketika Ny. N merasa nyeri. Evaluasi objektif klien tampak rileks, keluarga mampu mendemonstrasikan cara terapi *back massage*.

3.6 Evaluasi

Evaluasi pada hari pertama pada tanggal 20 Juli 2018 pukul 13.30 WIB evaluasi subjektif saat dilakukan kunjungan klien mengeluh nyeri pada perut bawah yang terdapat luka pasca laparatomi, nyeri terasa seperti tersayat-sayat dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan secara terus-menerus. Evaluasi objektif klien tampak meringis menahan nyeri, klien tampak tegang. TTV: TD: 110/80 mmHg, N: 88 x/m, RR:24 x/m, S: 36⁰C. Masalah pada klien belum teratasi dan rencana yang akan dilakukan adalah ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan berikan terapi *back massage*. Berikan terapi farmakologi asam mefenamat 250mg 3x sehari.

Evaluasi pada hari kedua pada tanggal 22 Juli 2018 pukul 15.30 WIB, evaluasi subjektif klien mengatakan nyeri pada perut yang terdapat luka pasca laparatomi dengan skala 5, nyeri seperti tersayat-sayat dan dirasakan terus-menerus. Klien

mengatakan nyaman ketika diberikan terapi *back massage*. Ketika nyeri muncul klien melakukan terapi relaksasi nafas dalam. Klien juga dilakukan terapi *back massage* untuk membantu mengurangi nyeri. Evaluasi objektif klien mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyerinya, klien tampak rileks. Keadaan umum klien baik, TTV klien yaitu TD: 110/70 mmHg, nadi: 88 x/ menit, RR: 24 x/menit, suhu: 36⁰C. Masalah belum teratasi, *planning* lanjutkan intervensi dengan terapi *back massage* untuk mengurangi nyeri. Ajarkan keluarga terapi *back massage*. Berikan terapi farmakologi asam mefenamat 250mg 3x sehari.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 24 Juli 2018 pukul 11.30 WIB, evaluasi subjektif klien mengatakan sudah berkurang nyerinya. Klien menerapkan teknik relaksasi nafas dalam ketika merasa nyeri. Klien mengatakan nyaman ketika diberikan terapi *back massage*. Klien mengatakan nyeri pada perut yang terdapat luka pasca bedah dengan skala 3, nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri hilang timbul. Evaluasi objektif klien tampak nyaman, muka tampak rileks, TD: 120/70 mmHg, nadi 83 x/menit, RR: 22 x/menit, suhu: 36⁰C. Masalah belum teratasi, rencana lanjutkan intervensi dan ajarkan keluarga terapi *back massage*. Berikan terapi farmakologi asam mefenamat 250mg 3x sehari.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Setelah dilakukan pengkajian dan analisa pada tanggal 19 Juli 2018 sampai tanggal 24 Juli 2018. Pengkajian dilakukan penulis kepada Ny. N pasca laparatomi hari ke 10 adalah dengan pengkajian 13 domain NANDA dan didapatkan hasil klien mengeluh nyeri pada abdomen bagian bawah dengan skala 6, nyeri terus menerus, terasa seperti disayat-sayat, klien sudah mendapat terapi asam mefenamat 250mg. Klien pasca bercerai, dan Klein tinggal sendiri di Tempuran.

5.1.2 Masalah keperawatan prioritas yaitu nyeri akut berhubungan dengan prosedur pembedahan pada *post* laparatomi.

5.1.3 Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan prosedur bedah pada *post* laparatomi adalah observasi keadaan umum, keluhan dan tanda-tanda vital klien, ajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam, berikan terapi *back* massage, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik asam mefenamat 3x250mg dan ikutsertakan keluarga dalam pemberian terapi teknik *back massage* untuk mengurangi nyeri pada klien.

5.1.4 Implementasi dilakukan dalam 3x pertemuan dengan menciptakan lingkungan yang nyaman dan melakukan teknik *back massage* dengan benar sehingga klien bisa mendapatkan manfaat dan didapatkan hasil yang maksimal. Melibatkan keluarga dalam pemberian terapi bermanfaat untuk klien sehingga ketika merasa nyeri keluarga bisa membantu memberikan terapi *back massage*.

5.1.5 Evaluasi dilakukan ketika hari terakhir implementasi dengan mengevaluasi skala nyeri yang dirasakan apakah sudah terjadi penurunan. Dari implementasi penulis didapatkan hasil evaluasi hari pertama tidak terjadi penurunan skala. Evaluasi pertemuan kedua terjadi penurunan 1 skala, dan evaluasi pertemuan terakhir didapatkan penurunan skala nyeri 2. Kesimpulan didapatkan bahwa nyeri yang dialami berbeda-beda sesuai dengan kondisi fisik dan psikologis klien.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil karya tulis ilmiah ini, maka saran yang dapat diberikan penulis adalah sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Insitusi Pendidikan.

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran dan sumber informasi asuhan keperawatan pada nyeri akut maupun wawasan bagi mahasiswa kesehatan D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang dalam pemahaman pada klien nyeri akut sehingga dapat meningkatkan kualitas mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan secara komprehensif.

5.2.2 Bagi Profesi Kesehatan.

Diharapkan sebagai sumber informasi dalam memberikan bahan dalam pemberian asuhan keperawatan pada nyeri akut yang berhubungan dengan prosedur pembedahan

5.2.3 Bagi Klien dan Keluarga.

Dapat dijadikan sebagai pengetahuan, pengalaman, dan motivasi dalam perawatan nyeri akut.

5.2.4 Bagi Penulis.

Dapat dijadikan sebagai wawasan dan pengetahuan asuhan keperawatan pasca laparatomi dengan nyeri akut.

DAFTAR PUSTAKA

- Adetiya, T. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan Pasca Operasi Laparatomy Atas Indikasi Peritonitis Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Pekalongan.
- Andarmojo. (2013). *Konsep Dan Keperawatan Nyeri*. Jogjakarta: Ar-Ruzz.
- Astarani, K., & Radita, F. B. (2015). Terapi Back Massage Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Abdomen. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 1(2), 196–204.
- Ayatulaila, I. (2016). Publikasi ilmiah evaluasi penggunaan analgetik dan efektivitasnya pada pasien kanker organ reproduksi wanita di rumah sakit x tahun 2015.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Interventions Classification*. United Kingdom: Elsevier Global Rings.
- Fitrianingrum, F. (2013). Pengaruh Teknik Relaksasi Efflurage Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Kala 2, 2, 45–51.
- Harsono. (2009). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Intensitas Nyeri Pasca Bedah Abdomen Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Ade Mohammad Djoen Sintang*. Universitas Indonesia.
- Hasanudin, U. (2013). *modul standar operasiolan prosedur bedah digestif*.
- Herawati, R. M., Susilo, E., & Lestari, P. (2016). Hubungan intensitas nyeri akut dengan tekanan darah pada pasien di rumah sakit umum daerah temanggung.
- Kusmiati, Y., & Wahyuningsih, heni puji. (2017). *Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia*. Jakarta: EGC.
- Mansjour, A. (2012). *Capita Selecta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.

- Moorhead, S., Jhonson, M., L.Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification*. United Kingdom: Elsevier Global Rings.
- Murgitani, N. (2013). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN POST OPERASI LAPARATOMI ILEUS HARI KE IV DI RUANG ICU RSUD SUKOHARJO.
- Muttakin, A. (2016). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn . U DENGAN LAPARATOMI EKSPORASI INDIKASI DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS Tanggal 15-18 Juni 2016.
- Muttaqin, A. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Naibaho, maria novelia. (2016). Efektivitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Saat Menghadapi OSCE pada Mahasiswa S-1 Reguler Angkatan 2015 di Fakultas Keperawatan USU.
- Ningsih. (2013). Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri, 7.
- Pearce, E. C. (2009). *Anatomi Dan Fisiologi Untuk Paramedik*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI.
- Purwanto, H. (2016). Keperawatan Medikal Bedah II, 168.
- Rosida, Y., & Widiyastuti, Y. (2014). PENGARUH TEKNIK RELAKSASI GUIDED IMAGINARY TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI LAPARATOMY DI RS DR . MOEWARDI SURAKARTA Yuntafur Rosida & Yuli Widyastuti STIKES PKU Muhammadiyah Surakarta, VI(2).
- Rusbandi, S. (2016). *Anatomi Dan Fisiologi Tubuh Manusia*. Jakarta: In Media.
- Setyowati, S. (2015). Disusun oleh: *PEMBERIAN MASSAGE PUNGGUNG DAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENURUNAN NYERI*

PADA ASUHAN KEPERAWATAN Tn. S DENGAN POST APPENDIKTOMI HARI KE-2 DI RUANG MAWAR RSUD dr. SOEDIRMAN MANGUN SUMARSO WONOGIRI.

- Sulung, N., & Rani, S. D. (2017). Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Appendiktomi. *Jurnal Endurance*, 2(October), 397–405.
- Syamsiah, N., & Muslihat, E. (2015). Pengaruh Terapi Relaksasi Autogenik Terhadap Tingkat Nyeri Akut Pada Pasien Abdominal Pain Di Igd Rsud Karawang 2014. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 3(1), 11–17. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4444>
- Syamsudin, M. A. (2013). Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. S Dengan Post Operasi Herniotomi Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Di Ruang Mawar RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.
- Yusrizal, Zamzahr, Z., & Anas, E. (2012). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Pasca. *Ners Jurnal Keperawatan, Volume 8*.
- Yusrizal, Zamzahr, Z., & Eliza, A. (2012). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Pasca. *Ners Jurnal Keperawatan, Volume 8*.