

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



JUDUL :

**ANALISIS PRAKTEK KEPERAWATAN KMB PADA
PASIEN POST OPERASI LAPARATOMI DENGAN INTERVENSI
AMBULASI DINI, UNTUK MENURUNKAN TINGKAT NYERI DI
RUANG BEDAH PRIA RSUD BIAK**

Disusun oleh :

Nama : Micahel Blesia, SST

Nim : PO 71 20 9 20 028

**PROGRAM STUDY PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JAYAPURA**

2021

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS

ANALISIS PRAKTEK KEPERAWATAN KMB PADA
PASIEN POST OPERASI LAPARATOMI DENGAN INTERVENSI AMBULASI
DINI, UNTUK MENURUNKAN TINGKAT NYERI DI RUANG BEDAH PRIA
RSUD BIAK TAHUN 2021

Diajukan oleh

MICHAEL BLESIA, SST
PO.71 20 9 20 028

Dosen Penguji : (.....)

NIP :

Mengetahui

Ketua program studi Ners

Poltekes kemenkes jayapura

Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns.,MSN
Nip. 1967705201986012001

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertanda tangan dibawah ini Menyatakan bahwa
Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul

**ANALISIS PRAKTEK KEPERAWATAN KMB PADA
PASIEN POST OPERASI LAPARATOMI DENGAN INTERVENSI AMBULASI
DINI, UNTUK MENURUNKAN TINGKAT NYERI DI RUANG BEDAH PRIA
RSUD BIAK TAHUN 2021**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : MICHAEL BLESIA, SST

NIM : PO.71 20 9 20 028

**Telah disetujui sebagai karya tulis ilmiah akhir ners dan dinyatakan
Telah memenuhi syarat untuk diterima**

Dosen Pembimbing

Santalia Banne Tondo

NIP.

Mengetahui,

Direktur Poltekkes Kemenkes Jayapura

(Dr.Arwam Hermanus M.Z.,M.Z.,S.E., M.Kes.,D.Min

NIP. 196401241986031002

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Michael Blesia

Nim : P0 71. 20 9 20 028

Program Study : Profesi Ners

Judul KIAN : *Analisis Praktek Keperawatan KMB pada pasien post operasi laparatomi dengan intervensi ambulasi dini, untuk menurunkan tingkat nyeri di ruang bedah Pria RSUD Biak*

Dengan ini saya yang menyatakan dengan sebenar - benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Jayapura. Jika di kemudian hari ternyata saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Poltekkes Kemenkes Jayapura

Biak, Juli 2021

(Michael Blesia)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan yang maha esa yang telah melimpahkan anugerahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul Analisis Praktek Keperawatan KMB pada pasien post operasi laparatomi dengan intervensi ambulasi dini, untuk menurunkan tingkat nyeri di ruang bedah Pria RSUD Biak

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diajukan untuk akhir siklus profesi Ners pada Program Study Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini tidak lepas dari bantuan banyak pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr.Arwam Hermanus M.Z.,S.E., M.Kes.D.Min,selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Jayapura, yang telah menerima penulis menjadi mahasiswa Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura.
2. Dr, Ricardo Mayor.,MKes. selaku Kepala Direktur RSUD Kabupaten Biak Numfor, yang telah mengizinkan dan merekomendasikan penulis sebagai mahasiswa Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura
3. Ibu Dr.Nouvvy Helda Warauw,S.Kep.,Ns.,MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura, yang telah mengarahkan menghimbau, memotivasi penulis untuk menjalankan kegiatan perkuliahan dan praktik dengan sungguh-sungguh dan bertanggungjawab, agar pendidikan selesai cepat waktu.
4. Ibu Blestina Maryorita,S.Kep.,Ns.,M.Si.,MSN,selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapurayang telah mengarahkan menghimbau, memotivasi penulis untuk menjalankan kegiatan perkuliahan dan praktik dengan sungguh-sungguh dan bertanggungjawab, agar pendidikan selesai cepat waktu.
5. Ibu Santalia Banne Tondo S.Kep.,Ns,M.Kes,selaku Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang dengar sabar memberikan pengarahan, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)
6. Kepada bapak dan ibu dosen Poltekkes Kemenkes Jayapura Profesi Ners yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan yang selalu memberikan motivasi kepada penulis selama menjalani pendidikan Ners ini.
7. Kepada keluarga teristimewa istri tercinta Liona Mandibondibo dan ke 5 kesayanganku Jojo,Een.Marjhon,Janine,Andricus serta Ayah dan keluarga besarku yang berada di

Biak, Sorong, Jayapura terima kasih banyak untuk dukungan, semangat serta doa dalam menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN).

8. Kepada seluruh teman-teman Ners seangkatan yang telah sama-sama berjuang dalam susah maupun senang untuk menyelesaikan Ners.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya dibidang pelayanan kesehatan terutama keperawatan dan Institusi Poltekkes Kemenkes Jayapura. Atas segala bantuan yang telah diberikan, penulis mengucapkan terima kasih.

Biak, Juli 2021

Penulis

Michael Blesia

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
SURAT PERMYATAAN PLAGIARISME	iv
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
ABSTRAK.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep dasar Ambulasi Dini	6
2.2 Konsep dasar Luka.....	10
2.3 Laparatomy	15
2.4 Konsep dasar Nyeri	19
2.5. Penelitian terkait.....	30
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian.....	31
3.2 Analisa Data	37
3.3 Asuhan Keperawatan	39
3.4 Implementasi.....	42

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Analisa Kasus Penyebab Laparatomy	46
4.2 Analisa Kasus.....	52
4.3 Analisis Base Evidence Practice.....	54
4.4 Analisis Penyelesaian Masalah.....	55

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	57
5.2 Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN-LAMPIRAN	60

**“Analisis Praktek Keperawatan KMB Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Dengan
Intervensi Ambulasi Dini, Untuk Menurunkan Tingkat Nyeri Di Ruang Bedah Pria
RSUD Biak Tahun
2021”**

Michael Blesia¹, Santalia Banne Tondo², sta.vicky@gmail.com³

ABSTRAK

Laparatomi merupakan salah satu tindakan infasif untuk penatalaksanaan kasus-kasus penyakit yang terjadi pada saluran pencernaan. Bedah laparatomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, bedah laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan, penulisan ini bertujuan untuk menganalisis pemberian evidence based practice ambulasi dini pada pasien post laparatomi akibat *Appendicitis*. Evaluasi Asuhan keperawatan menunjukkan bahwa klien post laparatomi dengan intervensi Ambulasi dini membantu mengurangi tingkat nyeri yang dihasilkan oleh bekas sayatan. Hasil penulisan ini menggambarkan kepada sejawat sekalian bahwa tindakan ambulasi yang tepat dan dilakukan sedini mungkin dapat menurunkan tingkat nyeri dan komplikasi lainnya.

Keyword : Laparatomy, Luka Sayat, Nyeri, Ambulasi dini,

¹ Mahasiswa Program Profesi Ners, ² Politeknik Kesehatan Jayapura

³ Corresponding author alamat email

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Laparotomi berasal dari dua kata terpisah, yaitu laparo dan tomi. Laparo sendiri berarti perut atau abdomen sedangkan tomi berarti penyayatan. Sehingga laparotomi dapat didefinisikan sebagai penyayatan pada dinding abdomen atau peritoneal. Istilah lain untuk laparotomi adalah celiotomi (Fossum, 2002). Bedah laparotomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, bedah laparotomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Suzanne, 2002). Pembedahan berarti bahwa penderita kehilangan kesadarannya, dilukai, dan dibuka. Pada setiap pembedahan diperlukan upaya untuk menghilangkan nyeri, keadaan itu disebut anestesi. Obat dan teknik anestesi pada umumnya dapat mengganggu fungsi nafas, peredaran darah dan sistem saraf (Syamsuhidayat, 2005).

Hasil penelitian Razid (2010) di Rumah Sakit H. Adam Malik Medan menunjukkan semakin tingginya angka terapi pembedahan abdomen (laparotomi). setiap tahunnya, pada tahun 2008 terdapat 172 kasus pembedahan laparotomi, lalu pada tahun 2009 terdapat 182 kasus pembedahan laparotomi. Selanjutnya pada bulan Januari-April tahun 2010 terdapat 32 kasus pembedahan laparotomi.

Rumah Sakit Biak merupakan salah satu rumah sakit yang memiliki Unit Bedah kamar Operasi. Berdasarkan data dari *medical record* RS Biak, diketahui bahwa angka pembedahan abdomen (laparotomi) meningkat setiap tahunnya, yaitu pada tahun 2018 sebanyak 79 kasus pembedahan, lalu meningkat pada tahun 2019 menjadi 112 kasus pembedahan, kemudian pada tahun 2020 sebanyak 54 kasus, pada bulan Januari sampai dengan bulan Juni tahun 2021 sebanyak 21 kasus, untuk 2 Tahun terakhir mengalami penurunan dikarenakan pasien enggan berkunjung ke RS saat Pandemi Covid-19.

Berdasarkan data yang diperoleh dari *medical record* RSUD Biak didapatkan data bahwa pembedahan dengan Laparotomi dalam periode bulan Maret – Mei 2013 sudah ada 46 kasus bedah dengan laparotomi. Angka pembedahan ini setiap tahunnya selalu meningkat. Pada umumnya hasil pembedahan ini berujung baik pada kondisi luka operasi laparotomi, sedikit sekali kejadian dehiscensi hingga eviserasi pada luka laparotomi di

RSUD Biak. Namun pembedahan laparotomi merupakan jenis pembedahan yang berisiko besar terjadinya perdarahan dan infeksi, tidak jarang prosedur yang tidak steril selama pembedahan atau setelah pembedahan dapat berakibat infeksi, nyeri dan komplikasi yang lebih fatal. Komplikasi yang dapat terjadi salah satunya trombosis vena. Ambulasi dini atau gerakan sesegera mungkin bisa mencegah nyeri karena distraksi, aliran darah terhambat. Hambatan aliran darah bisa menyebabkan terjadinya trombosis vena dalam (*deep vein thrombosis*) dan menyebabkan infeksi.

Ambulasi dini merupakan faktor eksternal lain selain perawatan luka. Sedangkan faktor internal yaitu budaya makan atau pola konsumsi mempengaruhi kecepatan kesembuhan luka perineum (Manuaba, 2004).

Ambulasi merupakan tindakan mandiri bagi seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien pasca bedah. Banyak keuntungan yang dapat diraih dari latihan dini pasca bedah, diantaranya peningkatan kecepatan kedalaman pernafasan, peningkatan sirkulasi, peningkatan berkemih dan metabolisme (Taylor, 1997). Mobilisasi adalah suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan, maupun kemampuan aktivitas (Perry & Potter, 2006). Mobilisasi dini menurut Carpenito (2000) adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

Salah satu faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka akibat operasi pembuangan apendiks (apendektomi) adalah kurangnya/ tidak melakukan Ambulasi dini. Ambulasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah. Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat dan mengurangi resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus, kekakuan atau penegangan otot-otot di seluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, gangguan pernapasan dan gangguan peristaltik maupun berkemih (Carpenito, 2000).

Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran jika tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca pembedahan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan. Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan, bahkan justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin asalkan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan

tubuh tidak lagi menjadi gangguan. Pergerakan pada masa pemulihan akan mempercepat pencapaian level kondisiseperti pra pembedahan. Ini akan mengurangi waktu rawat di rumah sakit, menekan pembiayaan serta dapat mengurangi stress psikis. Pada saat awal pergerakan dapat dilakukan diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan (Kusmawan, 2008).

Penelitian Inayati pada tahun 2006 yang meneliti tentang pengaruh mobilisasi dini terhadap waktu kesembuhan luka fase proliferasi *post* operasi diperoleh hasil penelitian ada pengaruh mobilisasi dini terhadap waktu kesembuhan luka fase proliferasi. Keberhasilan mobilisasi dini tidak hanya mempercepat proses pemulihan luka pasca pembedahan namun juga mempercepat pemulihan peristaltik usus pada pasien pasca pembedahan (Israfi dalam Akhrita, 2011). Hal ini telah dibuktikan oleh Wiyono dalam Akhrita (2011) dalam penelitiannya terhadap pemulihan peristaltik usus pada pasien pasca pembedahan, hasil penelitiannya mengatakan bahwa mobilisasi diperlukan bagi pasien pasca pembedahan untuk membantu mempercepat pemulihan usus dan mempercepat penyembuhan luka pasien. Penelitian Marlitasari pada tahun 2010 yang meneliti tentang gambaran penatalaksanaan mobilisasi dini pada pasien apendektomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong didapatkan hasil penelitian bahwa mobilisasi dini dapat mengurangi rasa nyeri pasien, mengurangi waktu rawat di rumah sakit dan dapat mengurangi stress psikis pada pasien. Kesimpulan dari penelitian Marlitasari tersebut adalah dengan bergerak seseorang dapat mencegah kekakuan otot dan sendi, mengurangi rasa nyeri, menjaga aliran darah, memperbaiki metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pPenelitian yang dilakukan Sulistyawati pada tahun 2012 yang melakukan penelitian tentang efektivitas mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka *post* operasi apendisitis. Pelaksanaan mobilisasi dini yang dilakukan perawat dalam penelitian ini adalah memberikan tindakan keperawatan berupa latihan miringadaakhirnya justru akan mempercepat penyembuhan lukakanan miring kiri sejak 6-10 jam setelah pasien sadar, lalu latihan menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, latihan pernafasan yang dapat dilakukan pasien sambil tidur terlentang, latihan duduk selama 5 menit, latihan nafas dalam dan batuk efektif dan merubah posisi tidur terlentang

menjadi setengah duduk atau semifowler. Kesimpulan penelitian tersebut bahwa ada perbedaan yang signifikan proses penyembuhan luka antara klien yang dengan pemberian mobilisasi dini dengan tanpa pemberian mobilisasi dini, sehingga pemberian mobilisasi dini dirasakan lebih efektif dibandingkan dengan tanpa pemberian mobilisasi dini.

Masalah keperawatan yang sering muncul terjadi pada pasien Post operasi laparotomi sesuai SDKI adalah Nyeri akut (D.00.77) nyeri yang ditimbulkan akibat terputusnya kontinuitas jaringan luka sayatan, dengan tujuan prioritas tingkat nyeri menurun (L.08.066) dengan kriteria tujuan Prioritas sesuai SLKI. Pelaksanaan nyeri terbagi menjadi dua, farmakologi dan non farmakologi, berdasarkan SIKI salah satu intervensi untuk mengatasi nyeri adalah Dukungan Ambulasi (I.06171)

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan banyaknya penelitian mengenai gambaran Ambulasi dini pada pasien *post* operasi Laparotomy yang menyebutkan meringankan masalah nyeri maka penulis tertarik untuk menerapkan pemberian intervensi Ambulasi dini untuk mengatasi nyeri setelah operasi laparotomi di RSUD Biak.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan laporan ini meliputi :

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan Analisis praktek keperawatan KMB pada pasien Post Operasi Laparotomi dengan intervensi Ambulasi dini, untuk menurunkan tingkat nyeri di ruang Bedah Pria RSUD Biak

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan masalah utama keperawatan nyeri dengan melalui asuhan keperawatan dengan tahapan pengkajian, analisa data, pohon masalah, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan, intervensi inovasi, evaluasi hasil, dokumentasi.
- b. Menganalisis intervensi inovasi Ambulasi dini pada klien kelolaan Post Operasi Laparotomi dengan Masalah keperawatan nyeri.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Aplikatif

- a. Bagi pasienDiharapkan terapi intervensi inovasi Ambulasi dini dapat diterapkan oleh pasien dan keluarga sebagai salah satu tindakan alternatif norfarmakologi untuk mengurangi nyeri yang dialami pasien.
- b. Bagi Perawat
Diharapkan intervensi inovasi ini dapat diterapkan pada penatalaksanaan asuhan keperawatan bagi pasien yang sedang menjalankan post operasi lapatomi.
- c. Bagi tenaga kesehatan
Diharapkan intervensi inovasi ini dapat diaplikasikan dan juga bisa memotivasi untuk memberikan intervensi inovasi yang lainnya.

2. Manfaat Teoritis

- a. Bagi penulis
Dapat meningkatkan kemampuan peneliti dalam melakukan Analisis praktek keperawatan KMB pada pasien Post Operasi Laparatomi dengan intervensi Ambulasi dini, untuk menurunkan tingkat nyeri di ruang Bedah Pria RSUD Biak
- b. Bagi Rumah Sakit
Sebagai tambahan referensi dan sumber informasi yang harus dilakukan dalam pelaksanaan prakter mandiri keperawatan non farmakologi,
- c. Bagi Institusi
Penulisan ini bermanfaat bagi Poltekes Kemenkes Jayapura untuk menjadi bahan atau materi mata kuliah KMB terkait pemberian intervensi Ambulasi dini pada Pasien post Operasi Laparatomi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Ambulasi Dini

1. Defenisi

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Barbara & Kozier, 1995). Sebaliknya keadaan imobilisasi adalah suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota badan dan tubuh itu sendiri dalam berputar, duduk dan berjalan, hal ini salah satunya disebabkan oleh berada pada posisi tetap dengan gravitasi berkurang seperti saat duduk atau berbaring (Susan J. Garrison, 2004). Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002). Menurut Carpenito (2000), mobilisasi post operasi merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dari kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi post operasi adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Konsep mobilisasi mula – mula berasal dari ambulasi post operasi yang merupakan pengembalian secara berangsur – angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi (Roper,1996).

Mobilisasi adalah suatu kegiatan untuk melatih hampir semua alat tubuh dan meningkatkan fleksibilitas sendi (Taylor & Lemone, 1997). Mobilisasi dini segera, tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien, yang dimulai dengan miring kiri dan kanan dapat dilakukan 6 -10 jam setelah pasien sadar (Mochtar M, 1998). Jenis bantuan untuk mobilisasi bisa dengan satu

perawat, dua perawat, atau dengan alat bantu berupa: walker, tongkat, kruk, dll. Tujuan dari mobilisasi menurut Garrison (2004), antara lain :

- a). Mempertahankan fungsi tubuh
- b). Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
- c). Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- d). Mempertahankan tonus otot
- e). Memperlancar eliminasi urin
- f). Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
- g). Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi

2. Faktor yang mempengaruhi Ambulasi dini

Menurut E. Oswari (1993), keadaan umum klien harus diperhatikan untuk melakukan mobilisasi dini dan harus dilakukan secara bertahap sesuai kemampuan klien, timbulnya luka setelah pembedahan menimbulkan nyeri yang menyebabkan kecemasan dan rasa takut untuk melakukan mobilisasi, dukungan keluarga dan perawat diruangan sangat membantu dalam jalannya mobilisasi yang optimal, dan dilakukan secara bertahap, sosial budaya di lingkungan tempat tinggal juga ikut berperan dalam melakukan mobilisasi dini yang dilakukan pada pasien post operasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi menurut Kozier (1995), antara lain :

- a). Gaya Hidup Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti oleh perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuankesehatan tentang mobilitas seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat.
- b). Proses Penyakit dan injury Adanya penyakit tertentu yang diderita seseorang akan mempengaruhi mobilitasnya, misalnya; seorang yang patah tulang akan kesulitan untuk mobilisasi secara bebas. Demikian pula orang yang baru menjalani operasi, karena adanya rasa sakit atau nyeri yang menjadi alasan

mereka cenderung untuk bergerak lebih lamban. Ada kalanya klien harus istirahat di tempat tidur karena menderita penyakit tertentu

- c). Kebudayaan Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktifitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan tidak merapat dengan maksimal.
- d). Tingkat energi Seseorang melakukan mobilisasi jelas membutuhkan energi atau tenaga. Orang yang sedang sakit akan berbeda mobilitasnya dibandingkan dengan orang dalam keadaan sehat.
- e). Usia dan status perkembangan Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja.

3. Manfaat Ambulasi Dini

Menurut Kozier dan Glenora, (1997) mobilisasi dini dapat membantu meningkatkan pompa jantung untuk mempertahankan sirkulasi darah, menstimulasi pernafasan, mengurangi statis gas atau udara, dan mempunyai peranan penting dalam mengurangi komplikasi akibat immobilisasi (Smeltzer, 2002). Mobilisasi dini pasca bedah dapat dilakukan 6 -10 jam setelah sadar dengan gerakan miring kiri dan kanan pertama setelah 24 jam pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur dengan perlahan dan sekurang –kurangnya dua kali. Mobilisasi dapat ditentukan waktunya sedemikian rupa sehingga analgesik yang baru diberikan akan mengurangi rasa nyeri (William, 1995).

Hampir pada semua jenis operasi setelah 24 - 48 jam pasien dianjurkan bangun dari tempat tidur, dengan tujuan untuk mobilisasi duduk dan berjalan sehingga dapat mengurangi nyeri dan komplikasi yang ditimbulkan akibat imobilisasi, perasaan sakit pertama melakukan mobilisasi memang sangat dirasakan.

Mobilisasi segera secara tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan penderita, kemajuan mobilisasi bergantung pada jenis jenis operasi yang dilakukan dan komplikasi yang mungkin dijumpai, secara psikologis hal ini memberikan pula kepercayaan pada penderita bahwa dia mulai sembuh. Mobilisasi pada post laparotomi salah satunya adalah perubahan gerak dan posisi,

ini harus diterangkan kepada penderita atau keluarga yang menunggunya, supaya mengerti pentingnya mobilisasi dini dan berkesinambungan akan dapat membantu pengaliran darah ke seluruh tubuh sehingga tubuh menghasilkan zat-zat pembakar dan pembangun yang membantu proses penyembuhan luka dengan mobilisasi miring kekiri dan kekanan sudah dapat dimulai 6 -8 jam setelah penderita sadar, dan mobilisasi duduk setelah 24 jam, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar, pada hari kedua penderita dapat duduk selama 5 menit, selanjutnya secara berturut-turut hari demi hari penderita dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan dengan bantuan dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai kelima pasca operasi.

Mobilisasi pasca pembedahan yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002). Tahap-tahap mobilisasi pada pasien dengan pasca pembedahan menurut Rustam Muchtar (1992), meliputi :

- a). Pada hari pertama 6-10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan latihan pernafasan dan batuk efektif kemudian miring kanan – miring kiri sudah dapat dimulai.
- b). Pada hari ke 2, pasien didudukkan selama 5 menit, dianjurkan latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
- c). Pada hari ke 3 - 5, pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri.

Mobilisasi dini pasca bedah juga dapat dilakukan sesuai hasil penelitian zomorodi (2012) yang berjudul “Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in surgical /trauma ICU”. Untuk memulai intervensi mobilisasi dini perlu dilakukan penilaian sebelum dan sesudah ambulasi dini sesuai penilaian borg exertion scale. Klien pasca bedah perlu monitoring dari setiap tahapan dari mulai miring kiri dan kanan hingga berjalan sesuai kondisi fisik pasien.

2.2. Konsep dasar luka

1. Definisi

Komplikasi pembedahan dari imobilisasi yaitu kekakuan persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, nyeri tekan, trombosis vena, dan konstipasi (Moira Attree, 1993). Adanya luka setelah dilakukan pembedahan akan mengalami proses penyembuhan luka yang terdiri dari fase inflamasi, fase proliferasi dan fase remodelling, dimana fase inflamasi dan fase proliferasi sirkulasi aliran darah yang baik akan sangat membantu proses kesembuhan luka, yang mana dengan sirkulasi akan membantu memenuhi proses kebutuhan nutrisi sel dalam darah sehingga akan membantu mempercepat pertumbuhan jaringan fibrinogen dan limfosit serta jaringan kolagen dan makrofag yang akan membentuk jaringan granulasi (Sjamsuhidajat, 1999).

Luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh, yang dapat disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik, atau gigitan serangga (Sjamsuhidajat, 1997). Menurut Kozier(1995) luka adalah kerusakan kontinuitas kulit, mukosa membran dan tulang atau organ tubuh lain.

2. Klasifikasi Luka

Secara umum dibagi dua yaitu luka tertutup dan luka terbuka. Luka tertutup yaitu luka dimana tidak terjadi hubungan dengan dunia luar. Contohnya luka memar, *vulnus traumaticum*. Luka terbuka yaitu luka dimana terjadi hubungan antara luka dengan dunia luar. Contohnya luka lecet, luka sayatan, luka robek, luka tusuk, luka potong, dan luka tembak (Sumiardi, 1997). Luka sering digambarkan berdasarkan bagaimana cara mendapatkan luka itu dan menunjukkan derajat luka (Taylor, 1997). Luka bersih yaitu luka yang tidak terdapat inflamasi dan infeksi, tidak melibatkan saluran pencernaan, saluran pernapasan, dan saluran perkemihan. Luka bersih terkontaminasi yaitu luka yang melibatkan saluran pernapasan, saluran pencernaan, dan saluran perkemihan. Luka tidak menunjukkan terkontaminasi. Luka terkontaminasi yaitu luka terbuka, segar, luka kecelakaan, luka bedah yang berhubungan dengan saluran pencernaan, luka menunjukkan

tanda infeksi. Luka kotor yaitu luka lama, luka kecelakaan yang mengandung jaringan mati dan luka dengan tanda infeksi seperti cairan.

3. Penyembuhan luka

Tubuh yang sehat mempunyai kemampuan alami untuk melindungi dan memulihkan dirinya, peningkatan aliran darah ke daerah yang rusak, membersihkan sel dan benda asing dan perkembangan awal seluler bagian dari proses penyembuhan. Proses penyembuhan terjadi secara normal tanpa bantuan walaupun beberapa bahan perawatan dapat membantu untuk mendukung proses penyembuhan luka. Sebagai contoh mobilisasi dini dapat membantu memperlancar kerja pompa jantung untuk mensuplai aliran darah dari dan ke area luka dapat tercapai (Taylor, 1997).

Penyembuhan luka adalah faktor penting pasca operasi yang selalu dihadapi dan merupakan fenomena kompleks yang melibatkan berbagai proses meliputi inflamasi akut menyusul terjadinya kerusakan jaringan, regenerasi sel parenkim, migrasi, dan proliferasi sel parenkim, sintesis extra cellular matrix (ECM), remodelling jaringan ikat dan komponen parenkim, kolagenasi dan akusisi kekuatan luka.

4. Komponen Penyembuhan Luka

Menurut Black JM & Jakobs (1997) menuliskan:

- a). Kolagen Kolagen secara normal ditemukan menghubungkan jaringan, melintasi luka dengan bermacam sel mediator. Kolagen adalah sel yang paling penting pada penyembuhan fase inflamasi dan proliferasi karena sintesisnya, kolagen sisa, elastin, dan proteoglikan. Substansi ini membangun kembali pertumbuhan jaringan.
- b). Angiogenesis Perkembangan dari pembuluh darah baru pada luka kotor dapat didefinisikan selama pengkajian klinik. Tahap awal tepi luka berwarna merah terang dan mudah berdarah, selanjutnya selama beberapa hari berubah jadi merah terang menjadi merah gelap, dan secara mikroskopis angiogenesis dimulai beberapa jam setelah perlukaan.
- c). Granulasi jaringan Sebuah matrik kolagen, kapilarisasi, dan sel mulai mengisi daerah luka dengan kolagen baru membentuk sebuah scar, jaringan ini

tumbuh dari tepi luka ke dasar luka. Granulasi jaringan diisi dengan kapilarisasi baru yang berwarna merah, tidak rata atau berbenjol halus, dan dikelilingi oleh fibroblast dan makrofag. Makrofag melanjutkan untuk merawat luka dan merangsang fibroblas dan proses angiogenesis, sebuah granulasi jaringan mulai dibentuk dan proses epitalisasi terbentuk mulai dengan:

d). Kontraksi luka Kontraksi luka adalah mekanisme dimana tepi luka menyatu sebagai akibat kekuatan dalam luka, kontraksi dihasilkan dari kerja miofibroblast. Jembatan miofibroblast melintasi luka dan menarik tepi luka untuk menutup luka.

e). Epitelisasi

Epitalisasi adalah migrasi dari epitalisasi sel dari sekeliling kulit, epitalisasi juga melintasi folikel rambut di dermis dari luka yang sembuh dengan secondary intention. Besarnya luka kedalaman luka memerlukan skin graft, karena epidermal migrasi secara normal dibatasi kira-kira 3cm. Epitalisasi dapat dilihat pada granulasi luka bersih, dan epitalisasi sel terbagi selanjutnya migrasi epitelisasi bertemu dengan sel yang sama dari tepi luka yang lain dan migrasi berhenti.

5. Fase penyembuhan luka

a). Fase inflamasi Terjadi segera setelah luka 24 jam dan berakhir 3-4 hari, dimana terjadi proses homeostasis (penghentian perdarahan), akibat fase konstriksi pembuluh darah besar di daerah luka, retraksi pembuluh darah, endapan fibrin dan platelet yang menyiapkan matrik fibrin yang menjadi kerangka bagi pengambilan sel dan akan menghubungkan jaringan.

b). Fase proliferasi Fase ini berlangsung dari hari ke 3 atau 4 sampai hari ke 21 setelah pembedahan. Fibroblast (menghubungkan sel-sel jaringan) yang berpindah ke daerah luka mulai 24 jam pertama setelah pembedahan, diawali dengan mensintesis kolagen dan substansi dasar yang disebut proteoglikan kira-kira 7 hari setelah terjadi luka. Kolagen dan substansi protein yang menambah tegangan permukaan dari luka, sehingga jumlah kolagen yang

meningkat menambah kekuatan permukaan luka sehingga kecil kemungkinan luka terbuka, selama waktu itu sebuah lapisan penyembuhan nampak dibawah garis irisan luka. Meningkatnya aliran darah yang memberikan oksigen dan nutrisi yang diperlukan bagi kesembuhan luka. Fibroblast berpidah dari pembuluh darah keluka membawa fibrin, seiring perkembangan kapilarisasi jaringan perlahan berwarna merah dan disebut sebagai granulasi jaringan lunak, tertutupnya permukaan luka, epitalisasi atau tepi luka terkelupas. Menurut Schwarz (2000) menuliskan tentang tahap penyembuhan luka pada fase proliferasi dan fibroplasia adalah fase penyembuhan luka yang ditandai oleh sintesis kolagen dimana sintesis.kolagen dimulai dalam 24 jam setelah cedera, namun tidak akan mencapai puncaknya hingga 5 hari kemudian. Setelah 7 hari sintesis kolagen akan berkurang secara perlahan-lahan. Remodelling luka mengacu pada keseimbangan antara sintesis kolagen dan degradasi kolagen, dimana pada sat serabut-serabut kolagen tua diuraikan oleh kolagenese jaringan, serabut-serabut baru dibentuk dengan kepadatan pengerutan yang makin bertambah sehingga proses ini akan meningkatkan kekuatan potensial jaringan.

- c). Fase maturasi Fase ini dimulai hari ke 21 dan berakhir 1 -2 tahun setelah pembedahan. Fibroblast terus mensintesis kolagen dan kolagen menjalin dirinya menyatukan dalam struktur yang lebih kecil, kehilangan elastisitas dan meninggalkan garis putih.

6. Faktor yang mempengaruhi kesembuhan luka

Karakata, S (1997) menuliskan faktor penyembuhan luka yaitu:

- a). Faktor lokal Besar kecilnya luka, lokalisasi luka, kebersihan luka, bentuk luka, dan infeksi akan mempengaruhi kesembuhan luka.
- b). Faktor umum Usia pasien, keadaan gizi, penyakit penderita dapat menghambat kesembuhan luka.

Menurut Stevens (1999) proses penyembuhan luka dipengaruhi oleh:

- (a). Pengaliran darah lokal, ini harus seoptimal mungkin dalam proses penyembuhan luka yang baik.

- (b). Ada atau tidaknya edema, dengan adanya edema dapat menghalangi penyembuhan luka karena dengan demikian pengaliran darah akan terganggu.
- (c). Zat-zat pembakar dan pembangun, zat-zat ini harus ada dalam kadar yang cukup dalam makanan yang dikonsumsi.
- (d). Kebersihan luka, luka yang bersih akan lebih cepat sembuh dari pada luka yang banyak terdapat nekrosis.
- (e). Besarnya luka, luka yang besar akan lebih lama sembuhnya daripada luka yang kecil.
- (f). Kering atau tidaknya luka, luka yang kering akan lebih cepat sembuh daripada luka yang basah, karena luka yang kering akan lebih cepat tumbuh lapisan granulasi dibawah keropeng luka.

7. Faktor yang mempersulit kesembuhan luka

- a. Timbulnya perdarahan Sebagai akibat dari suatu kerusakan dapat timbul ditempat-tempat berlemak yang kurang aliran darah. Pembuluh darah itu dapat rusak pada tempat yang berlemak tadi akibat dari tegangan luka atau gerakan yang dipaksakan. Perdarahan itu dapat terjadi diluar maupun didalam tubuh.
- b. Adanya infeksi Luka menjadi lahan yang subur bagi pertumbuhan mikroorganisme oleh karena itu cara perawatan luka harus tertuju pada usaha untuk menghindari terjadinya pencemaran luka atau sedapat mungkin membatasinya. Meskipun demikian higiene luka merupakan satu-satunya faktor pada perawatan luka yang menyebabkan timbulnya infeksi karena kondisi umum pasien dan tempat terjadinya luka sangat menentukan dalam kondisi ini.
- c. Usia pasien Pada anak-anak dan orang muda luka sembuh lebih cepat dibandingkan pada orang tua.
- d. Keadaan gizi/nutrisi Pada penderita dengan gangguan gizi (misalnya malnutrisi, defisiensi dan avitaminosis vitamin tertentu, anemia), luka sembuh lebih lambat (Sumiardi, 1996).

Menurut Sjamsuhidajat (1997) menuliskan penyebab luka dapat terganggu Oleh penyebab dari dalam tubuh sendiri (endogen) yaitu gangguan koagulasi dan gangguan sistem imun, karena semua pembekuan darah akan menghambat penyembuhan luka, sistem imun juga dipengaruhi oleh kebutuhan nutrisi. Sedangkan penyebab luar (eksogen) meliputi penyinaran sinar ionisasi yang akan mengganggu mitosis dan merusak sel dengan akibat dini maupun lanjut.

2.3. Laparatomi

1. Definisi

Bedah laparatomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, bedah laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Suzanne, 2002). Laparatomi adalah insisi melalui dinding perut atau abdomen (Samsi, C. 1999). Laparatomi merupakan penyayatan operasi melalui dinding abdominal midline atau flank untuk melakukan visualisasi organ didalam abdominal (Boden, 2005).

Laparatomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010). Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan obgyn. Adapun tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik insisi laparatomi ini adalah herniotomi, gasterektomi, kolesistoduodenostomi, hepatoektomi, splenektomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi dan fistulotomi. Sedangkan tindakan bedah obgyn yang sering dilakukan dengan tindakan laparatomi adalah berbagai jenis operasi pada uterus, operasi pada tuba fallopi, dan operasi ovarium, yang meliputi histerektomi, baik histerektomi total, radikal, eksenterasi pelvic, salpingooferektomi bilateral (Smeltzer, 2014). Laparatomi dilakukan di situs linea alba (medianus), paramedianus, dan flank. Prosedur bedah laparatomi umumnya didukung dengan perawatan post operative. Pengecekan tersebut diantaranya lain efek anestesi dan meyakinkan bahwa persembuhan luka berjalan dengan baik (Hoad, 2006). Perawatan seperti pemberian antibiotik, terapi cairan, perawatan balutan, anti inflamasi akan membantu penyembuhan setelah operasi.

Laparotomi akan berhasil jika didukung dengan persiapan, prosedur dan post operative yang tepat. Inspeksi organ dalam yang biasa dilakukan meliputi organ pencernaan (lambung, usus), hati, limfa, ginjal, dan saluran reproduksi. Melalui eksplorasi laparotomi, penegakan atas pemeriksaan diagnostik klinik bisa dilakukan.

2. Tujuan

Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparotomy eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, 2014).

3. Indikasi

- a. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) Trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau yang menusuk (Ignatovic & Workman, 2006). Dibedakan atas 2 jenis yaitu :
 - 1) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritonium) yang disebabkan oleh : luka tusuk, luka tembak.
 - 2) Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang dapat disebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (sit-belt).
- b. Peritonitis Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membrane serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier. Peritonitis primer dapat disebabkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis. Peritonitis sekunder disebabkan oleh perforasi appendicitis, perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale, perforasi kolon (paling sering kolon sigmoid), sementara proses pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier (Ignatovic & Workman, 2006).
- c. Sumbatan pada usus halus dan besar (Obstruksi) Obstruksi usus dapat didefinisikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangannya lambat. Sebagian dasar dari

obstruksi justru mengenai usus halus. Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa perlengketan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), Intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup kedalam bagian lain yang ada dibawahnya akibat penyempitan lumen usus), Volvulus (usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri dengan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protrusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding dan otot abdomen), dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas ke lumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus) (Ignatovic & Workman, 2006).

- d. Apendisitis mengacu pada radang apendiks Suatu tambahan seperti kantong yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari apendisitis adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran darah dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi.
 - 1) Tumor abdomen
 - 2) Pancreatitis (inflammation of the pancreas)
 - 3) Abscesses (a localized area of infection)
 - 4) Adhesions (bands of scar tissue that form after trauma or surgery)
 - 5) Diverticulitis inflammation of sac-like structures in the walls of the intestines
 - 6) Intestinal perforation
 - 7) Ectopic pregnancy (pregnancy occurring outside of the uterus)
 - 8) Foreign bodies (e.g., a bullet in a gunshot victim)
 - 9) Internal bleeding (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010).
4. Penatalaksanaan/Jenis-Jenis Tindakan Ada 4 cara insisi pembedahan yang dilakukan, antara lain: (Yenichrist, 2008):

- a. Midline incision Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat di buka dan di tutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insisi ini adalah terjadinya hernia cicatricialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan lien serta di bawah umbilicus. untuk eksplorasi ginekologis, rektosigmoid, dan organ dalam pelvis (Yenichrist, 2008).
 - b. Paramedian Yaitu ; sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bagian bawah, serta plenektomi. Paramedian insision memiliki keuntungan antara lain : merupakan bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah atas dan bawah (Yenichrist, 2008).
 - c. Transverse upper abdomen incision Yaitu ; insisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy (Yenichrist, 2008).
 - d. Transverse lower abdomen incision Yaitu; insisi melintang di bagian bawah ± 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya; pada operasi appendectomy (Yenichrist, 2008)
5. Pemeriksaan Penunjang Pemeriksaan penunjang menurut (wong, 2009) sebagai berikut:
- a. Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar ; kuldosentesis, kemungkinan adanya darah dalam lambung ; dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
 - b. Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
 - b. Radiologik : bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.
 - c. IVP/sistogram : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
 - d. 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, dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi no 18 atau 20 yangditusukkan melalui dinding

perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan buli-buli terlebih dahulu.

- e. f.Lavase peritoneal : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritonium.

6. Perawatan Pasca Laparotomi

Tindakan keperawatan post operasi :

- a. Monitor kesadaran, tanda-tanda vital, CVP, intake dan output
- b. Observasi dan catat sifat dari drain (warna, jumlah) drainage
- c. Mengatur dan menggerakkan posisi pasien , jangan sampai drain tercabut
- d. Perawatan luka operasi secara steril
- e. Pemberian makan diberikan jika: perut tidak kembung, peristaltik usus normal, flatus positif, bowel movement positif. Nutrisi yang diberikan biasanyatinggi protein guna mempercepat penyembuhan luka.

7. Komplikasi Laparatomi

- a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis
- b. Infeksi
- c. Kerusakan integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka/ eviserasi

2.4. Konsep Dasar Nyeri

1. Defenisi Nyeri

Definisi nyeri berdasarkan International Association for the Study of Pain (IASP, 1979) adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan dimana berhubungan dengan kerusakan jaringan atau potensial terjadi kerusakan jaringan. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. (Aziz Alimul, 2006). Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007). Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan

.serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan. (Asosiasi Studi Nyeri Internasional)

2. Fisiologi Nyeri

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireseptor, secara anatomis reseptor nyeri (nosireseptor) ada yang bermielien dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf perifer. Berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (Kutaneus), somatik dalam (deep somatic), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda. Nosireseptor kutaneus berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan.

Reseptor jaringan kulit (kutaneus) terbagi dalam dua komponen yaitu :

- a. Reseptor A delta Merupakan serabut komponen cepat (kecepatan tranmisi 6-30 m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan
- b. Serabut C Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan tranmisi 0,5m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi. Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur reseptornya komplek, nyeri yang timbul merupakan nyeri yang tumpul dan sulit dilokalisasi. Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi organ-organ viseral seperti jantung, hati, usus, ginjal dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia dan inflamasi (Tamsuri, 2007).

3. Jenis - jenis Nyeri

Menurut tempat Nyeri

a. Nyeri perifer dibagi menjadi 3 macam

- 1) Superficial : nyeri yang muncul karena rangsangan pada kulit dan mukosa.
- 2) Visceral : nyeri yang timbul karena stimulasi rasa nyeri pada rongga abdomen, cranium, dan thorax
- 3) Nyeri alih : nyeri yang dirasakan pada daerah yang jauh dari jaringan penyebab nyeri

b. Nyeri sentral : nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak, dan thalamus.

c. Nyeri psikogenik : nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya, atau dengan kata lain nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita itu sendiri yang dipengaruhi oleh faktor psikologis bukan fisiologis.

Klasifikasi nyeri secara umum di bagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis.

a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan di tandai adanya peningkatan tegangan otot.

b. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Ditinjau dari sifat terjadinya, nyeri dapat dibagi kedalam beberapa kategori, di antaranya nyeri tersusuk dan nyeri terbakar (Aziz Alimul, 2006).

4. Etiologi Nyeri Etiologi menurut Smeltzer (2008).

a. Trauma. Trauma ini juga terbagi menjadi beberapa macam. Penyebab trauma ini terbagi menjadi :

- 1) Mekanik. Rasa nyeri yang diakibatkan oleh mekanik ini timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan. Contoh dari nyeri akibat trauma mekanik ini adalah akibat adanya benturan, gesekan, luka dan lain-lain.

- 2) Thermis. Nyeri karena hal ini timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin, misal karena api dan air.
 - 3) Khemis. Nyeri yang ditimbulkan karena adanya kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau pun basa kuat.
 - 4) Elektrik. Nyeri yang ditimbulkan karena adanya pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.
- b. Neoplasma. Neoplasma ini juga terbagi menjadi dua yaitu :
- 1) Neoplasma Jinak.
 - 2) Neoplasma Ganas.
 - 3) Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah. Hal ini dapat dicontohkan pada pasien dengan infark miokard akut atau pun angina pectoris yang dirasakan adalah adanya nyeri dada yang khas.
 - 4) Peradangan. Nyeri yang diakibatkan karena adanya kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan. Contohnya adalah nyeri karena abses.
 - 5) Trauma psikologis
5. Manifestasi Klinis / Batasan Karakteristik Manifestasi menurut Smeltzer (2008).
- a. Gangguan Tidur (insomnia)
 - b. Posisi Menghindari Nyeri
 - c. Gerakan Menghindari Nyeri
 - d. Berhati-hati pada bagian nyeri
 - e. Pikiran tidak terarah
 - f. Pucat
 - g. Perubahan Nafsu Makan
 - h. Produksi keringat berlebih
6. Manifestasi Klinis
- Reseptor nyeri disebut nosireseptor. Nosireseptor mencakup ujung-ujung saraf bebas yang berespon terhadap berbagai rangsangan termasuk tekanan mekanis, deformasi, suhu yang ekstrim, dan berbagai bahan kimia. Pada rangsangan yang intensif, reseptor-reseptor lain misalnya badan Pacini dan Meissner juga

mengirim informasi yang dipersepsikan sebagai nyeri. Zat-zat kimia yang merangsang terjadinya nyeri antara lain adalah histamin, bradikini, serotonin, beberapa prostaglandin, ion kalium, dan ion hydrogen. Masing-masing zat tersebut tertimbun di tempat cedera, hipoksia, atau kematian sel. Nyeri cepat (fast pain) disalurkan ke korda spinalis oleh serat A delta, nyeri lambat (slow pain) disalurkan ke korda spinalis oleh serat C lambat (Corwin, 2009). Serat-serat C tampak mengeluarkan neurotransmitter substansi P sewaktu bersinaps di korda spinalis. Setelah di korda spinalis, sebagian besar serat nyeri bersinaps di neuron-neuron tanduk dorsal dari segmen. Namun, sebagian serat berjalan ke atas atau ke bawah beberapa segmen di korda spinalis sebelum bersinaps. Setelah mengaktifkan sel-sel di korda spinalis, informasi mengenai rangsangan nyeri dikirim oleh satu dari dua saraf ke otak- traktus neospinotalamikus atau traktus paleospinotalamikus (Corwin, 2009). Informasi yang di bawa ke korda spinalis dalam serat-serat A delta di salurkan ke otak melalui serat-serat traktus neospinotalamikus. Sebagian dari serat tersebut berakhir di reticular activating system (RAS) dan menyiagakan individu terhadap adanya nyeri, tetapi sebagian besar berjalan ke thalamus. Dari thalamus, sinyal-sinyal dikirim ke korteks sensorik somatik tempat lokasi nyeri ditentukan dengan pasti (Corwin, 2009). Informasi yang dibawa ke korda spinalis oleh serat-serat C, dan sebagian oleh serat A delta, disalurkan ke otak melalui serat-serat traktus paleospinotalamikus. Serat-serat ini berjalan ke daerah reticular dibatang otak, dan ke daerah di mesensefalon yang disebut daerah grisea periakuaduktus. Serat-serat paleospinotalamikus yang berjalan melalui daerah reticular berlanjut untuk mengaktifkan hipotalamus dan system limbik. Nyeri yang di bawa dalam traktus paleospinotalamik memiliki lokalisasi yang difus dan berperan menyebabkan distress emosi yang berkaitan dengan nyeri (Corwin, 2009). Pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti Bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke hypothalamus melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan di persiapkan sehingga individu

mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke hypothalamus nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor mekanis sensitif pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri (Mubarak, 2007)

7. Respon Nyeri

Respon fisiologis dan perilaku akan dialami oleh seseorang yang mengalami nyeri (Berman, Snyder, Kozier & Erb, 2009).

a. Respon Fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke bidang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stres. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis (Potter & Perry, 2006). Respon fisiologis bervariasi sesuai dengan asal dan durasi nyeri. Pada awal serangan nyeri akut, sistem saraf simpatis terstimulasi mengakibatkan peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi nafas, pucat, diaforesis, dan dilatasi pupil. Respon fisiologis paling mungkin tidak tampak pada klien dengan nyeri kronis sebab sistem saraf pusat telah beradaptasi (Berman, Snyder, Kozier & Erb, 2009).

b. Respon Perilaku

Individu bereaksi terhadap nyeri dengan cara yang berbeda-beda, namun tetap memperlihatkan respon objektif yang sama. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri meliputi menggerakan gigi, memegang bagian tubuh yang terasa nyeri, postur tubuh membengkok, dan ekspresi wajah yang menyeringai. Gerakan tersebut bergantung pada sikap, motivasi, dan nilai yang diyakini seseorang (Potter & Perry, 2006). Respon perilaku terhadap rasa nyeri menurut (Kozier dkk, 2009) adalah sebagai berikut :

- 1) Gigi mengatup
- 2) Menutup mata dengan rapat
- 3) Menggigit bibir bawah
- 4) Wajah meringis
- 5) Merintih dan mengerang

- 6) Merengkek
 - 7) Menangis
 - 8) Menjerit
 - 9) Imobilisasi tubuh
 - 10) Menjaga bagian tubuh
 - 11) Gelisah, melempar benda, berbalik
 - 12) Pergerakan tubuh berirama
 - 13) Menggosok bagian tubuh
 - 14) Menyanggah tubuh yang sakit
8. Faktor yang mempengaruhi nyeri
- Nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, sehingga banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu (Potter & Perry, 2010). Nyeri yang dirasakan individu saat dilakukan injeksi dapat dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya, umur dan obesitas (Sartorius, Fennel, Turner, Conway & Handelsman, 2010). Jenis kelamin juga mempengaruhi nyeri nyeri individu, wanita menunjukkan sensitivitas yang lebih besar untuk diinduksi nyeri daripada pria (Fillingim & Maixner, 2009). Menurut Potter & Perry (2010) faktor lain yang mempengaruhi nyeri antara lain kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, gaya coping serta dukungan keluarga dan sosial. Faktor internal lain yang mempengaruhi nyeri dapat diakibatkan karena gangguan neurologis. Individu yang mengalami gangguan neurologis akan memberikan respon yang berbeda terhadap rangsangan nyeri yang diberikan. Gangguan neurologis akan mempengaruhi kemampuan individu merasa nyeri (Smeltzer & Bare, 2014). Gangguan neurologis dapat berupa paralisis yaitu kehilangan fungsi saraf yang lengkap atau tidak lengkap pada sebagian tubuh. Gangguan ini bisa bersifat sensorik atau motorik atau keduanya (Hinccliff, 1999). Tingkat nyeri yang dirasakan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor internal, namun juga faktor eksternal seperti obat, teknik dan pemilihan alat injeksi. Perbedaan volume spuit dan panjang jarum yang digunakan dapat mempengaruhi nyeri yang dirasakan (Potter & Perry, 2010). Hal tersebut berkaitan dengan pemilihan metode atau teknik injeksi yang mampu mempengaruhi nyeri individu (Setiadi,

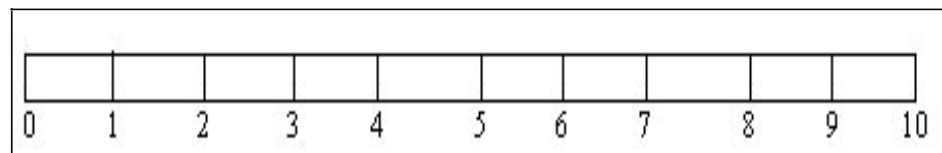
Aulawi & Setyarini, 2003). Penelitian Chung, Ng & Wong (2002) menunjukkan bahwa tekanan saat melakukan injeksi memengaruhi nyeri individu. Faktor obat seperti volume yang akan diberikan, karakteristik dan viskositas juga dapat mempengaruhi nyeri (Potter & Perry, 2010).

9. .Penilaian klinis nyeri

a. Numeic Rating Scale (NRS)

NRS digunakan untuk menilai intensitas atau keparahan nyeri dan memberi kebebasan penuh klien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri (Potter & Perry, 2010). NRS merupakan skala nyeri yang populer dan lebih banyak digunakan di klinik, khususnya pada kondisi akut, mengukur intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi teraupetik, mudah digunakan dan didokumentasikan (Strong, et. al, 2005 dalam Datak, 2008).

Gambar 2.1 Numeric rating scale (NRS)



(https://www.researchgate.net/figure/numeric-rating-scale-NRS-for-pain-assessment_fig1_305083808) Dapat dilihat pada gambar 2.1 nilai 0 adalah tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 adalah nyeri sedang dan 7-10 adalah nyeri berat

b. Verbal Respon Scale (VRS)

Pengukuran nyeri dapat menanyakan respon klien terhadap nyeri secara verbal dengan memberikan 5 pilihan yaitu tidak nyeri, nyeri ringan, nyeri berat, dan nyeri luar biasa (tidak tertahankan). Skala pendeskripsi verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diurutkan dari tidak terasa nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan. Perawat menunjukkan klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang dirasakannya. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk

memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan rasa nyeri (Potter & Perry, 2010).

c. Visual Analogue Scale (VAS)

VAS merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi kebebasan klien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukur keparahan yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa untuk memilih satu kata atau satu angka (Potter & Perry, 2010). Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Pengukuran pada nilai di bawah 4 dikatakan sebagai nyeri ringan, nilai antara 4-7 dinyatakan sebagai nyeri sedang dan di atas 7 dianggap sebagai nyeri hebat (Sudoyo dkk, 2009).

Gambar 2.2 Visual analogue scale (VAS)



(<http://www.trialdatasolutions.com/tds/howto/vas.jps>)

d. Face Pain Scale (FPS)

Pengukuran nyeri dengan menggunakan gambar ekspresi wajah dengan 7 macam ekspresi wajah. Nilai berkisar antara 0 sampai dengan 6. Nilai 0 mengindikasikan tidak nyeri, 6 mengindikasikan nyeri yang buruk. FPS biasa digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri pada anak-anak (Wong, 2011).

Gambar.3.3 Face Pain Scale wong dan Barker



Penilaian Skala nyeri dari kiri ke kanan:

a) Wajah Pertama : Sangat senang karena ia tidak merasa sakit sama

sekali.

- b) Wajah Kedua : Sakit hanya sedikit.
- c) wajah ketiga : Sedikit lebih sakit.
- d) Wajah Keempat : Jauh lebih sakit.
- e) Wajah Kelima : Jauh lebih sakit banget.
- f) Wajah Keenam : Sangat sakit luar biasa sampai-sampai menangis

Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas

10. Manajemen Nyeri Farmakologi Dan Non Farmakologi

a. Farmakologi

Untuk menurunkan rasa nyeri dari ringan sampai berat biasanya menggunakan analgesik. Analgesic yang sering digunakan yaitu jenis analgesik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgesik narkotik atau opiate dan tambahan atau adjuvant (Andarmoyo 2013).

b. Non Farmakologi

Manajemen nyeri dengan terapi non farmakologi merupakan tindakan menurunkan nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi, ada beberapa penanganan non farmakologi yaitu ;

1) Akupunktur

Akupunktur adalah memerlukan insersi jarum halus dan tipis ke tangan, kaki, dan telinga untuk mengurangi nyeri persalinan. Akupunktur dapat menghambat sinyal nyeri sehingga tidak dapat mencapai medulla spinalis dan otak atau akupunktur tampak menstimulus pelepasan endorphen, yang bekerja seperti opioid endorphen (Murray & Huelsman, 2013).

2) Kompres dingin

Membasuh lengan bagian dalam atau wajah juga dapat menyegarkan, Ketika kain kompres yang diisi dengan es diusapkan ke area sela jari antara jari telunjuk dan ibu jari (poin Hoku), dapat menurunkan nyeri (Murray & Huelsman, 2013).

3) Hipniterapi

Hypnosis dapat menekan aktivitas saraf antara sensori di otak (korteks sensori) dan pusat bagian bawah yang berkaitan dengan emosi (sistem limbik). Hipnosis dapat menghambat interpretasi emosional dari sensasi yang berkaitan dengan nyeri dan meningkatkan relaksasi, mengurangi stress dan ansietas, dan mengurangi persepsi nyeri (Murray & Huelsman, 2013).

4) Endorpin Masage

Endorphin Massage merupakan sebuah terapi sentuhan/pijatan ringan yang cukup penting diberikan pada wanita hamil, di waktu menjelang hingga saatnya melahirkan. Hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa Endorphin yang merupakan pereda rasa sakit dan dapat menciptakan perasaan nyaman (Kuswandi, 2011)

5) Teknik Back-Effleurage dan Counter-Pressure

Teknik Back-Effleurage dan Counter-Pressure, yang relatif cukup efektif dalam membantu mengurangi nyeri pinggang (Danuatmaja & Meiliasari, 2008).

6) Distraksi

Tindakan dengan cara memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal diluar nyeri. Jenis Teknik Distraksi, antara lain :

a. Disraksi Visual/penglihatan

Pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan kedalam tindakan-tindakan visual atau melalui pengamatan. Misalnya melihat pertandingan olahraga, menonton TV, membaca koran, melihat pemandangan/gambar yang indah, dsb

b. Distaksi Audio/pendengaran

Pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan kedalam tindakan-tindakan melalui organ pendengaran. Mendengarkan

musik yang disukai atau mendengarkan kicauan burung serta gemericik air. Saat mendengarkan musik, individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan tenang seperti musik klasik dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu (Danuatmaja & Meiliasari, 2008). Bacaan Al-Quran secara murottal mempunyai irama yang konstan, teratur, dan tidak ada perubahan yang mendadak. Tempo murottal Al-Quran juga berada antara 60/70 menit, serta nadanya rendah sehingga mempunyai efek relaksasi dan dapat menurunkan nyeri (Widayarti, 2011).

7) Relaksasi nafas dalam

Suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman (Danuatmaja & Meiliasari, 2008).

8) Aroma Therapi

Aromaterapi merupakan terapi menggunakan essential oil atau sari minyak murni dengan beragam manfaat seperti membantu menjaga kesehatan, menyegarkan serta menenangkan jiwa dan raga, membangkitkan semangat dan menimbulkan perasaan gembira (Koensoemardiyah, 2009). Lavender adalah aromaterapi yang mempunyai sifat antijamur dan antibakteri memiliki khasiat seperti meredakan, mengharmoniskan, menyeimbangkan, menyegarkan dan menenangkan (Sharma 2009).

9) Ambulasi dini

2.5. Penelitian-penelitian terkait

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Boyer (1998), mobilisasi pasca operasi dapat mempercepat fungsi peristaltik usus. Hal ini didasarkan pada struktur anatomi kolon di mana gelembung udara bergerak dari bagian kanan bawah ke atas menuju fleksus hepatic, mengarah ke fleksus spleen kiri dan turun ke bagian kiri bawah

menuju rektum. Menurut Doenges, Marhouse dan Geissler (2000), bahwa mobilisasi dini yang berupa latihan di tempat tidur, berpindah ke tempat tidur lainnya dapat merangsang peristaltik dan kelancaran flatus.

Potter dan Perry (2006) mengatakan bahwa aktivitas meningkatkan peristaltik sementara immobilisasi menekan peristaltik, melemahkan otot-otot dasar panggul dan abdomen serta merusak kemampuan individu untuk meningkatkan tekanan intra abdomen. Penelitian yang dilakukan oleh Syam (2005) di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan perlakuan mobilisasi dini berupa latihan tungkai terhadap 30 pasien pasca operasi laparatomi ternyata pada kelompok perlakuan waktu pemulihan peristaltik ususnya lebih cepat empat jam dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Kembalinya fungsi peristaltik usus akan memungkinkan pemberian program diet, membantu pemenuhan kebutuhan eliminasi serta mempercepat proses penyembuhan. Nettina (2002), mengatakan program diet pasca bedah diberikan setelah kembalinya fungsi peristaltik usus yang menandakan saluran gastrointestinal telah normal.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian

1. Identitas Klien :

- a. Nama Pasien : Tn I
- b. Usia : 38 Tahun
- c. Agama : K Protestan
- d. Alamat : Ds Samau, Biak Kota
- e. Status : Menikah
- f. Pekerjaan : Tani
- g. Tanggal MRS : 20 Juli 2021
- h. Tanggal di kaji : 22 Juli 2021

2. Anamnese

- a. Riwayat utama pada saat ini :

Pasien mengeluh mual dan muntah 2 hari SMRS kejadian ini sama seperti beberapa tahun yang lalu. Mual dan muntah dirasakan semakin memberat sampai hari masuk instalasi gawat darurat RSUD Biak (IGD). Mual dan muntah dirasakan terus menerus, semakin terasa ketika makan dan minum. Pasien mengaku mengeluhkan adanya demam, pusing, nyeri daerah Abdomen. Pasien mengatakan BAB lancar terkadang mendedan saat BAB (+), nyeri ulu hati (+), BAK lancar. Selanjutnya Klien dioperasi di OK pada 21 Juli 2021. Saat ini (22 Juli 2021) pasien mengeluhkan nyeri di area perut akibat adanya luka bedah operasi di perut. Pasien masih mengeluh mual dan sedikit pusing, Luka terbalut.
- b. Riwayat penyakit dahulu :

Pasien mengatakan pernah mengalami nyeri Abdomen dan mual muntah 1 bulan yang lalu, hanya saja pada saat itu pasien hanya mengkonsumsi obat lambung dan analgetik

c. Riwayat Penyakit keluarga:

Dalam keluarga tidak pernah ada keluarga yang mengalami hal yang sama dan dalam keluarga tidak ada riwayat operasi Appendectomy Laparotomy

d. Aktivitas Istirahat :

Klien merupakan seorang petani. Aktivitas sehari-hari klien di kebun dan di rumah. Klien kadang telat makan jika sudah asik bekerja, Klien juga sering tidur ataupun istirahat yang cukup. Tidur $\pm$ 7 jam sehari. Namun saat ditanya Saat dilakukan pengkajian awal TD 120/80 mmHg, Nadi = 92 x/menit, RR = 18 x/menit, suhu = 36 o C. Klien kooperatif. Sebelum sakit Klien berjalan dan beraktivitas dengan normal, saat dikaji pasien pasien mengatakan tidur setelah operasi hanya saja saat ini terbangun karena nyeri.

e. Sirkulasi :

Klien mengatakan tidak ada tanda-tanda dada berdebar, atau pusing. Klien juga mengatakan tidak ada riwayat hipertensi, masalah jantung, edema kaki, flebitis. TTV menunjukkan bahwa TD 90/60 mmHg pada hari pertama masuk. Nadi 92 x/menit, teraba kuat. Pada ekstremitas suhu 36oC, CRT $\leq$ 2 detik. Tidak ada varises, persebaran rambut merata. Mukosa kering, bibir sedikit pecah-pecah, konjungtiva sedikit pucat dan sclera tidak icteric.

f. Integritas Ego :

Klien mengatakan sudah memahami apa yang akan dirasakan setelah efek pembiusan habis. Saat ditanya klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana caranya mengurangi nyeri hanya tahu dengan meminum obat atau disuntik obat. Klien hanya diberitahu dokter bahwa akan diberikan obat pereda nyeri ketika sudah terasa nyeri atau efek biusnya habis. Hal ini yang membuat klien merasa sedikit cemas. Selama perawatan klien di dukung oleh istri dan anak-anak. Sehari – hari klien ditunnggui oleh istri keluarga dan anak bergantian selalu menjenguk setiap hari. Hal ini yang membuat klien senang dan merasa kuat. Klien juga selalu berdoa meminta kesembuhan. Saat dilakukan pengkajian wajahnya tampak meringis menahan sakit

g. Eliminasi :

Klien mengatakan BAB 1 lancar, karakter feses lunak sesekali encer, BAB terakhir 1 hari sebelum berangkat ke RS.. Riwayat nyeri saat BAB ada, riwayat hematuria tidak ada. Tidak ada riwayat penyakit ginjal. Saat dilakukan pengkajian ada nyeri tekan pada bagian perut. Tidak ada massa, bising usus normal 2-3 x/menit.

h. Makanan/Cairan :

Klien makan makanan nasi biasa dan lauk serta sayur. Makanan terakhir masuk tanggal 19 Juli 2021 pagi sebelum ke RS. Ada mual dan muntah. Ada nyeri ulu hati. Tidak ada alergi makanan. Kemampuan untuk mengunyah dan menelan masih baik. BB saat masuk 75 kg. Tidak ada perubahan berat badan. TB 160 cm. Bentuk tubuh tegak. Turgor kulit elastis, kelembaban agak sedikit kering. Tidak ada edema dan distensi vena jugularis. Kondisi gigi ada yang berlubang, penampilan lidah kering dan membran mukosa kering. Pada saat di RS mendapat terapi diet bertahap dari clear fluid hingga makanan lunak TKTP, saat dikaji saat ini klien masih Puasa.

i. Hygiene :

Aktivitas sehari-hari masih mandiri, mobilitas berjalan sendiri ,makan, mandi, berpakaian sendiri. Penampilan umum klien, klien menjaga kebersihan kerapian. Cara berpakaian rapi dengan jenis baju yang sesuai dengan usianya. Saat awal dikaji tidak ada bau badan

j. Neorosensorik :

Pasien merasa tidak ada kerusakan indra perasa (panca indra). Tidak ada kesemutan pada ekstremitas. Tidak ada riwayat stroke dan kejang. Penglihatan dan pendengaran normal. Status mental terorientasi, kesadaran compos mentis, kooperatif. Memori saat ini baik masih ingat juga memori masa lalu. Tidak ada tanda facial drop. Refleks menelan baik.

k. Nyeri/Ketidaknyamanan :

Klien mengeluh nyeri di daerah perut dengan skala 3-4. Frekuensi $> \pm 10$ kali dalam sehari. Kondisi ini lebih sering jika luka laparotomi klien terkena benda atau sesuatu dan ketika batuk. Kualitasnya seperti di sayat. Durasinya

1-5 menit. Tidak ada penjaran. Ekspresi saat menahan nyeri klien tampak mengerutkan mata dan menjaga area yang sakit. Respon emosionalnya hanya diam ketika ditanya, tidak marah marah.

l. Pernafasan :

Klien mengatakan tidak mengeluh batuk atau sesak. Tidak ada riwayat bronchitis, TB, asma, emfisema, pneumonia. Klien merupakan seorang perokok. Tidak menggunakan oksigen. Frekuensi pernapasan 18 x/menit. Simetris, tidak menggunakan otot bantu napas. Bunyi napas vesikuler. Tidak ada sianosis, tidak ada sputum. Fungsi mental, tenang, compos mentis.

m. Keamanan :

Klien tidak mempunyai riwayat alergi, tidak ada riwayat kecelakaan. Klien pernah mengalami pembedahan serupa (laparotomi) pada usia 8 tahun dan 14 tahun. Ada jaringan parut, laserasi, ulserasi, kemerahan pada bagian kulit di perut. Rom aktif. Tonus otot

5555 5555
5555 5555

n. Interaksi Sosial :

Klien merupakan seorang anak bapa saat ini berusia 38 tahun. Sekarang hidup dengan istri dan ketiga anaknya. Interaksi dengan keluarga baik dan lingkungan juga baik. Bicara masih jelas, dapat dimengerti dengan yang menerima informasi. Klien menggunakan bahasa Indonesia yang perawat mengerti maksudnya. Istri klien juga menambahkan informasi ketika klien ditanya oleh perawat.

o. Pemeriksaan Penunjang :

Hasil LAB tanggal 20-juli 2021

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
20-Juli-21	Pemeriksaan Swab PCR	Non Reaktif	
21-Juli-21	Pemeriksaan Darah Lengkap		
	Hemoglobin	14 Gram/dl	12,0 - 15,0 g/dl
	Hematokrit	31,1 %	36,0 - 46.0 %

	Leukosit Trombosit LED Cloting Time/Bleeding Time Kimia Darah Albumin Ureum Kreatinin Asam Urat Gula Darah SGOT/SGPT Elektrolit : Natrium Kalium Klorida	11.000 µL 306.000 3,3 g/dL 24,1 mg/dL 0,61 mg/dL 4 mg/dL 100 mg/dL 19/17 g/L	5 - 10 ribu µL 150-400 ribu µL 3,4- 4,8 g/dL <80 mg/dL 0,60-1,20 mg/dL 4 – 7 mg/dL <140 mg/dL < 27-< 34 g/dL
22-07-21	HB Control	14 g/dl	

p. Pemeriksaan Diagnostik :

no	Jenis pemeriksaan	Hasil
1.	Foto Thorax	Tidak tampak GGO
2.	USG Abdomen	Nampak Appendicitis Acute di MC Burnei

q. Therapi

No	Nama Obat	Dosis	Rute Pemberian
1.	Cefotaxim (1gr)	2 X 1	IV
2.	Metronidazole (500mg)	2 X 1	IV
3.	Ranitidin (40 mg)	2 X 1	IV
4.	Ketorolac (30 Mg)	2 X 1	IV

r. Balance Cairan

Tanggal	Input (cc)	Output (cc)	Balance Cairan (cc)
21/5/2021	1500+1500+300+300=3600	2400+300+600 = 3300	+ 300
22/5/2021	3000+300+200= 3500	3100+200+300=3600	-100
23/5/21	1100+300+400+1000=2800	1650+550+600=2800	0

3.2. Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1.	DS: - Klien mengatakan ada luka operasi diarea perut, sehari yang lalu operasi di OK DO: - Tampak ada luka jahitan operasi sepanjang 20 cm vertikal searah umbilical - Tampak Rembesan (+), Dehisensi (-) Eviserasi (-) - Luka Masih tampak basah	Kerusakan Integritas Kulit
2.	DS: - Klien Mengatakan Nyeri daerah Post Operasi (Laparatomy) - Nyeri semakin terasa jika ditekan perutnya dan ketika batuk, bergerak, ataupun terkena benda - Skala nyeri menurut klien 4-5 (Skala sedang) DO: - Tampak luka terbalut daerah Abdomen - Nyeri Tekan (+) - Skala Nyeri VAS 4 - Klien tampak tegang - Klien tampak meringis saat ditekan pada area perut - Klien tampak berhati-hati menggerakkan bagian perut yang terdapat luka jahitan operasi	Nyeri akut
3.	DS: - Klien mengeluh sempat demam sebelum masuk RS - Klien mengatakan sering mengalami nyeri daerah abdomen sebelum operasi - Klien mengatakan terdapat luka	Resiko Infeksi

4.	Operasi daerah Abdoment DO: • Terdapat Luka Post Operasi daerah Abdomen 20 cm umbilikas arah vertikal • Luka tampak basah, Rembesan (+) • Leucocit : 11.000 mm/3 • Suhu Tubuh : 37,1°C DS : • Klien Mengatakan Masih Puasa • Klien Mengatakan mulut terasa kering dan ingin minum DO : • Post Operasi Hari I • Luka terbalut daerah Abdoment • Puasa • Balan Cairan -100 cc • Turgos kulit (+) • TTV : TD : 90/60 MMHg N : 98 X/M	Resiko ketidakseimbangan cairan
----	---	---------------------------------

3.3. Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Rencana tindakan	Rasional
1	Nyeri Akut (D.0077) DS: - Klien Mengatakan Nyeri daerah Post Operasi (Laparatomy) - Nyeri semakin terasa jika ditekan perutnya dan ketika batuk, bergerak, ataupun terkena benda - Skala nyeri menurut klien 4-5 (Skala sedang) DO: - Tampak luka terbalut daerah Abdomen - Nyeri Tekan (+) - Skala Nyeri VAS 4 - Klien tampak tegang - Klien tampak meringis saat ditekan pada area perut - Klien tampak berhati-hati menggerakkan bagian perut yang terdapat luka jahitan operasi	Tujuan Umum : Klien mengatakan tinggat nyeri menurun /terkontrol dalam waktu 1X24jam Kriteria Hasil: - Klien tampak rileks,istirahat dengan tepat - TTV stabil - Klien mengatakan nyeri berkurang/ hilang dengan skala 0 - Klien dapat melakukan mobilisasi dini secara bertahap - Klien dapat tidur	Mandiri : 1. Manajemen Nyeri (I. 08238) - Observasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri - Identifikasi ulang skala nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Berikan Therapi teknik nonfarmakologi dengan terapi Pijat - Ajarkan & demonstrasikan teknik Ambulasi dini : Miring kanan dan kiri - Fasilitasi istirahat tidur - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi : 2. Pemeberian Analgetik(I. 08243) - Identifikasi kesesuaian Jenis analgetik - Monitor TTV sebelum pemberian analgetika - Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat	Mengkonfirmasi letak nyeri, kapan terjadi, skala nyeri yang dirasakan klien Mengurangi distraksi pada daerah post operasi Menghilangkan nyeri paska operasi Meminimalisir tingkat efek samping obat
2	Gangguan Integritas Kulit (D.0129) DS: Klien mengatakan ada luka operasi diarea perut, sehari yang lalu operasi di	Tujuan : Integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125) Kriteria : Tepi luka semakin	Mandiri : - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit - Kaji skala nyeri - Kaji TTV - Lakukan perawatan luka	Monitoring seberapa besar penyebab gangguan integritas kulit Meminimalisir masuknya

	OK DO: - Tampak ada luka jahitan operasi sepanjang 20 cm vertikal searah umbilical - Tampak Rembesan (+), Dehisensi (-) Eviserasi (-) - Luka Masih tampak basah	merapat - Tidak ada bengkak, nyeri, nanah (-) - Luka sembuh dengan adekuat - Nyeri berkurang/ skala(0)	- Memberikan pendidikan kesehatan mengenai teknik Ambulasi dini - Ajarkan dan mendemonstrasikan ambulasi dini secara bertahap Kolaborasi : - Kolaborasi dengan dietisien untuk pemberian makanan tinggi kalori dan protein	mikroorganisme Perubahan posisi mengurangi tekanan Dan mempercepat proses penyembuhan Nutrisi yang adekuat menunjang regenerasi jaringan
3	Resiko Infeksi (D.0142) DS: - Klien mengeluh sempat demam sebelum masuk RS - Klien mengatakan sering mengalami nyeri daerah abdomen sebelum operasi - Klien mengatakan terdapat luka Operasi daerah Abdomen DO: - Terdapat Luka Post Operasi daerah Abdomen 20 cm umbilical arah vertikal - Luka tampak basah, Rembesan (+) - Leucocit : 11.000 mm³ - Suhu Tubuh : 37,1°C	Tujuan : Tingkat Infeksi menurun (I.14137) Dengan Kriteria: Demam (-) Kemerahan (-) Nyeri (-) Bengkak (-) Kadar Leukosit membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Mandiri : - Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik - Batasi Jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Lakukan perawatan luka(I.14564) - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi - Pemberian Antibiotik	Pemantauan ada tidaknya infeksi pada luka Meminimalisir terkontaminasi mikroorganisme Nutrisi yang baik dibutuhkan untuk regenerasi sel
4.	Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036) DS : Klien Mengatakan Masih	Tujuan : Keseimbangan Cairan meningkat	Manajemen Cairan (I.03098) Mandiri : - Monitor TTV (TD, N) - Monitor hasil LAB : Na, K, Cl, Ureum	Mengkonfirmasi tanda-tanda dehidrasi volume cairan

	Puasa - Klien Mengatakan mulut terasa kering dan ingin minum DO : - Post Operasi Hari I - Luka terbalut daerah Abdomen - Puasa - Balan Cairan -100 - Turgos kulit (+) - TTV : TD : 90/60 MMHg N : 98 x/m	Dengan Kriteria : Asupan cairan meningkat Membran mukosa lembab Tekanan darah Membaik Kekuatan nadi membaik	Kreatinin - Monitor MAP - Catat Intake dan Output/24 jam - Memberikan cairan IV sesuai program Kolaborasi : Kolaborasi pemberian Diuretik/ jika paerlu	Memantau keakuratan balance cairan
--	---	---	---	------------------------------------

3.4. Implementasi

Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
22/05/21 Jam 10.00	1. Nyeri Akut (D.0077) DS: - Klien Mengatakan Nyeri daerah Post Operasi (Laparatomy) - Nyeri semakin terasa jika ditekan perutnya dan ketika batuk, bergerak, ataupun terkena benda - Skala nyeri menurut klien 4-5 (Skala sedang) DO: - Tampak luka terbalut	- Mengobservasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri - mengidentifikasi ulang skala nyeri - MengIdentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - memberikan Therapi teknik nonfarmakologi dengan terapi Pijat - mengajarkan & mendemonstrasikan teknik Ambulasi dini : Miring kanan dan kiri - Mengkondisikan ruangan yang tenang untuk mendukung istirahat tidur - Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi : 3. Memberikan Analgetik(I. 08243) dengan	Tanggal 22/05/2021 : Jam 12.00 S : - Klien mengatakan nyerinya telah berkurang - Klien mengatakan dengan berbaring nyeri berkurang - Klien mengatakan masih belum berani miring kiri dan kanan - Klien mengatakan dengan nafas dalam nyeri berkurang - Klien mengatakan dengan pijatan lembut didaerah abdomen sekitar luka nyeri berkurang O : - Klien tampak tenang/rileks - Klien dapat melakukan teknik nafas

	daerah Abdomen • Nyeri Tekan (+) • Skala Nyeri VAS 4 • Klien tampak tegang • Klien tampak meringis saat ditekan pada area perut • Klien tampak berhati-hati menggerakkan bagian perut yang terdapat luka jahitan operasi	tahapan : • Mengidentifikasi kesesuaian Jenis analgetik • Memonitor TTV sebelum pemberian analgetika • Mendokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan • Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat • Memberikan Therapi ketorolac 1 Mg (IV)	dalam - Skala nyeri : 1 - TTV TD : 120/80 MMHg, Nadi : 82 X/M - Luka Operasi masih terbalut tampak ada rembesan - Klien masih tampak takut untuk Miring kiri dan kanan A : Masalah nyeri teratasi P : - Beri posisi yang nyaman - Motifasi Ambulasi dini secara bertahap Dengan melatih posisi miring kiri dan kanan - Motivasi untuk menarik nafas dalam saat nyeri - Kaji ulang skala nyeri Jam 12.00 S : - Klien mengatakan masih belum berani miring kiri dan kanan - Klien mengatakan dengan nafas dalam nyeri berkurang - Klien mengatakan Luka operasi masih terbalut O : - Klien tampak tenang/rileks - Klien dapat melakukan teknik nafas dalam - Skala nyeri : 1 - TTV TD : 120/80 MMHg, Nadi : 82 X/M - Luka Operasi masih terbalut tampak ada rembesan
--	---	--	--

	2. Gangguan Integritas Kulit (D.0129) DS: - Klien mengatakan ada luka operasi di area perut, sehari yang lalu operasi di OK DO: - Tampak ada luka jahitan operasi sepanjang 20 cm vertikal searah umbilical - Tampak Rembesan (+), Dehisensi (-) Eviserasi (-) - Luka Masih tampak basah	- Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit - Mengkaji skala nyeri - Mengkaji TTV - Melakukan perawatan luka - Memberikan pendidikan kesehatan mengenai teknik Ambulasi dini - Mengajarkan dan mendemonstrasikan ambulasi dini secara bertahap miring kiri dan kanan Kolaborasi : - Kolaborasi dengan dietisien untuk pemberian makanan tinggi kalori dan protein	- Klien masih tampak takut untuk Miring kiri dan kanan A : Masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi. P : - Beri posisi yang nyaman - Motifasi Ambulasi dini secara bertahap Dengan melatih posisi miring kiri dan kanan - Motivasi untuk menarik nafas dalam saat nyeri - Kaji ulang skala nyeri Jam : 15.00 S : - Klien mengatakan nyerinya telah berkurang - Klien mengatakan tidak merasakan demam O : - Kondisi luka tampak bersih, luka masih basah - Tepi jahitan luka rapi - Tidak terdapat nanah di luka - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Klien dapat melakukan teknik nafas dalam
	3. Resiko Infeksi (D.0142) DS: - Klien mengeluh sempat demam sebelum masuk RS - Klien mengatakan sering mengalami nyeri daerah abdomen sebelum operasi - Klien mengatakan terdapat luka Operasi daerah Abdomen DO: - Terdapat Luka Post Operasi daerah	- Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik - membatasi Jumlah pengunjung - mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - melakukan perawatan luka (I.14564) - mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi	

	• Luka terbalut daerah Abdomen • Puasa • Balan Cairan -100 • Turgos kulit (+) • TTV : TD : 90/60 MMHg N : 92 x/m		• Mencatat Intake dan Output/24 jam • Memberikan cairan IV sesuai program
--	--	--	--

3.5. Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
23/05/21 Jam 08.00	1.Nyeri Akut (D.0077) DS: • Klien Mengatakan Nyeri daerah Post Operasi (Laparatomy) • Nyeri semakin terasa jika ditekan perutnya dan ketika batuk, bergerak, ataupun terkena benda • Skala nyeri menurut klien 4-5 (Skala sedang) DO: • Tampak luka terbalut daerah Abdomen • Nyeri Tekan (+)	• MengObservasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri • mengidentifikasi ulang skala nyeri • MengIdentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • memberikan Therapi teknik nonfarmakologi dengan terapi Pijat • mengajarkan & mendemonstrasikan teknik Ambulasi dini : Miring kanan dan kiri • Mengkondisikan ruangan yang tenang untuk mendukung istirahat tidur • Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Memberikan Analgetik(I. 08243) dengan tahapan : • Mengidentifikasi kesesuaian Jenis analgetik	Tanggal 23/05/2021 : Jam 08.30.00 S : - Klien mengatakan nyerinya telah berkurang - Klien mengatakan dengan berbaring nyeri berkurang - Klien mengatakan sudah berani miring kiri dan kanan - Klien mengatakan dengan nafas dalam nyeri berkurang - Klien mengatakan dengan pijatan lembut didaerah abdomen sekitar luka nyeri berkurang O : - Klien tampak tenang/rileks - Klien dapat melakukan teknik nafas dalam - Skala nyeri : 1

	• Skala Nyeri VAS 4 • Klien tampak tegang • Klien tampak meringis saat ditekan pada area perut • Klien tampak berhati-hati menggerakkan bagian perut yang terdapat luka jahitan operasi 2. Gangguan Integritas Kulit (D.0129) DS: • Klien mengatakan ada luka operasi di area perut, sehari yang lalu operasi di OK DO: • Tampak ada luka jahitan operasi sepanjang 20 cm vertikal searah umbilical • Tampak Rembesan (+), Dehisensi (-) Eviserasi (-) • Luka Masih tampak basah	• Memonitor TTV sebelum pemberian analgetika • Mendokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan • Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat • Memberikan Therapi ketorolac 1 Mg (IV) • Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit • Mengkaji skala nyeri • Mengkaji TTV • Melakukan perawatan luka • Memberikan pendidikan kesehatan mengenai teknik Ambulasi dini • Mengajarkan dan mendemonstrasikan ambulasi dini secara bertahap miring kiri dan kanan Kolaborasi : • Kolaborasi dengan dietisien untuk pemberian makanan tinggi kalori dan protein	- TTV TD : 120/80 MMHg, Nadi : 82 X/M - Luka Operasi masih terbalut tampak ada rembesan - Klien tampak mampu untuk Miring kiri dan kanan A : Masalah nyeri teratasi P : - Beri posisi yang nyaman - Motifasi Ambulasi dini secara bertahap Dengan melatih posisi miring kiri dan kanan dan duduk - Motivasi untuk menarik nafas dalam saat nyeri - Kaji ulang skala nyeri Jam 12.00 S : - Klien mengatakan masih belum berani miring kiri dan kanan - Klien mengatakan dengan nafas dalam nyeri berkurang - Klien mengatakan Luka operasi masih terbalut O : - Klien tampak tenang/rileks - Klien dapat melakukan teknik nafas dalam - Skala nyeri : 1 - TTV TD : 120/80 MMHg, Nadi : 82 X/M - Luka Operasi masih terbalut tampak ada rembesan - Klien mampu untuk Miring kiri dan kanan
--	--	---	---

	3. Resiko Infeksi (D.0142) DS: • Klien mengeluh sempat demam sebelum masuk RS • Klien mengatakan sering mengalami nyeri daerah abdomen sebelum operasi • Klien mengatakan terdapat luka Operasi daerah Abdomen DO: • Terdapat Luka Post Operasi daerah Abdomen 20 cm umbilikas arah vertikal • Luka tampak basah, Rembesan (+) • Leucocit : 11.000 mm/3	• Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik • membatasi Jumlah pengunjung • mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • melakukan perawatan luka(I.14564) • mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi • Menjelaskan tanda dan gejala infeksi • Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi • Pemberian Antibiotik Cefataxim I gr IV/12 Jam	A : Masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi. P : - Beri posisi yang nyaman - Motifasi Ambulasi dini secara bertahap Dengan melatih posisi miring kiri dan kanan - Motivasi untuk menarik nafas dalam saat nyeri - Kaji ulang skala nyeri - Rawat Luka Jam : 15.00 S : - Klien mengatakan nyerinya telah berkurang - Klien mengatakan tidak merasakan demam O : - Kondisi luka tampak bersih, luka masih basah - Tepi jahitan luka rapi - Tidak terdapat nanah diluka - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Klien dapat melakukan teknik nafas dalam - Skala nyeri : 1 - TTV TD : 120/80 MMHg, Nadi : 82 X/M - SB : 36,8 °C - Luka Operasi masih terbalut tampak ada rembesan - Klien sudah mampu miring kiri dan
--	--	--	--

	Suhu Tubuh : 37,1°C		kanan dibantu oleh keluarga - Tidak ada tanda-tanda alergi Antibiotik A: Masalah Resiko Infeksi masih belum teratas P : - - Motifasi Ambulasi dini secara bertahap Miring kiri dan kanan Dengan melatih posisi miring kiri dan kanan - Perawatan Luka dengan teknik aseptik - MengKaji ulang skala nyeri - Memberikan Injeksi antibiotik sesuai dengan waktu dengan menerapkan 5 T - Kaji TTV - Kaji tanda-tanda infeksi
	4.Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036) DS : - Klien Mengatakan Masih Puasa - Klien Mengatakan mulut terasa kering dan ingin minum DO : - Post Operasi Hari I - Luka terbalut daerah Abdomen - Puasa - Balan Cairan (0)	- memonitor TTV (TD, N) - Memonitor hasil LAB : Na, K, Cl, Ureum Kreatinin - Memonitor MAP - Mencatat Intake dan Output/24 jam - Memberikan cairan IV sesuai program	Jam 15.00 S: O: TTV TD : 110/80 MMHg N : 80 x/m A: Masalah Teratasi P: - Memonitor TTV (TD, N) - Beri makanan Clear Fluid s/d lunak secara bertahap

	• Turgos kulit (+) • TTV : TD : 120/80 MMHg N : 82 x/m		
--	---	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1. Analisis kasus penyebab Laparatomy

Penyakit gangguan pencernaan merupakan salah satu gangguan penyakit yang terjadi pada bagian saluran pencernaan manusia. Gangguan pencernaan ini sendiri menyebabkan gangguan pada aktivitas yang sedang dijalankan oleh penderitanya.

Hal ini disebabkan oleh rasa mual yang terjadi, mulas, tidak bertenaga dan sebagainya. Penyebab penyakit gangguan pencernaan yang paling utama ini adalah pola makan yang mungkin tidak sehat seperti pola makan yang salah, infeksi dari mikroba atau bakteri, terdapat kelainan pada sistem pencernaan.

Contoh-contoh penyakit gangguan pencernaan diantaranya ialah gastritis; apendiksitis; diare; konstipasi; maldigesti; paroritis; tukak lambung; xerostomia. (Anonim, 2013).

Indonesia merupakan negara berkembang di Asia Tenggara yang terkena efek globalisasi dunia. Efek dari globalisasi memberikan pengaruh besar bagi masyarakat di Indonesia untuk beraktivitas dengan cepat karena target yang diberikan oleh perusahaan atau perkantoran tempat dimana mereka bekerja, terkadang mereka tidak memperhatikan kebiasaan makan sehari-hari. Kebiasaan makan atau pola makan di masyarakat saat ini cenderung memilih sesuatu yang siap saji di tempat makan seperti junk food yang kebanyakan rendah serat dan tinggi lemak. Ditambah lagi perkembangan tempat makan semakin menjamur dan semakin mudah diraih dengan adanya delivery order yang ditawarkan pihak makanan siap saji menjadikan masyarakat menjadi malas bergerak dan makan makanan siap saji terdekat demi melanjutkan pekerjaan.

Makanan siap saji yang dikonsumsi setiap hari oleh masyarakat menjadikan berbagai macam penyakit dapat mudah muncul pada diri mereka apalagi makanan siap saji yang memakai bahan pengawet dan bahan pewarna dapat menyebabkan terjadinya kanker dan pertumbuhan sel kanker seperti polip pada saluran gastrointestinal. Salah satu penyakit yang dapat dijumpai adalah multiple polip karena peutz jegher syndrome (PJS). PJS diambil dari nama penemu penyakit ini yaitu Peutz pada tahun 1921 dan dilanjutkan oleh Jegher pada tahun 1949. PJS sering ditetapkan pada usia

remaja, ciri khas dari penyakit ini adanya multiple polip pada saluran gastrointestinal dan secara fisik dapat terlihat adanya bintik melanin pada mukosa pipi, wajah, bibir. PJS merupakan penyakit yang langka dan biasanya diakibatkan karena keturunan namun ternyata semakin lama penyakit tersebut dapat ditimbulkan karena pola makan yang kurang sehat seperti banyak mengonsumsi makanan yang rendah serat dan tinggi Lemak. Manifestasi klinis pada pasien Appendicitis diantaranya adalah: nyeri di area abdomen, mual dan mungkin perforasi bahkan sampai menimbulkan peritonitis. Penatalaksanaan pada penyakit Appendicitis Acute adalah dengan mengangkat Apendik yang telah infeksi pada saluran pencernaan. Tindakan medis yang dilakukan adalah dengan laparostomi dan Appendektomy. Berdasarkan jurnal reading, Pasien yang dilakukan tindakan laparotomi di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya, pasien biasanya akan mengalami nyeri yang hebat pada area abdomen dan menimbulkan kecemasan untuk bergerak pasca operasi laparotomi.

4.2 Analisis Kasus

Klien Tn. I (38 tahun) Klien didiagnosis mengalami Appendicitis Acute pada 1 tahun yang lalu sering mual dan nyeri Abdomen. Klien merupakan seorang petani yang cenderung menghabiskan waktu dikebun dan sering lupa makan. Dan saat ini keluhan yang dialami setelah operasi adalah nyeri Menurut Carpenito (1999), 90% pasien post operatif berpotensi mengalami kecemasan dan nyeri. Berdasarkan pengamatan dan berbagai sumber penelitian pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan mengalami kecemasan yang meningkat hingga operasi dikerjakan bahkan hingga operasi selesai dilakukan klien merasa cemas untuk tidak menggerakkan anggota tubuh guna meminimalkan rasa nyeri pada area luka operasi. Kejadian imobilisasi ini sering ditemui pada masyarakat yang telah dilakukan tindakan pembedahan atau operasi yang lebih dikenal dengan klien post operasi. Operasi merupakan tindakan yang telah memutus jaringan atau mungkin pembuluh darah yang mungkin akan menimbulkan berbagai macam komplikasi pasca bedah seperti tromboflebitis. Terjadinya komplikasi pembedahan tersebut dapat terjadi akibat berbagai macam hal, salah satunya klien yang tidak melakukan mobilisasi dalam waktu yang lama.

Kasus komplikasi lain pasca bedah seperti dehidensi dan eviserasi merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada kasus bedah laparotomi. Kedua komplikasi

tersebut dapat terjadi dari sirkulasi aliran darah ke area operasi laparotomi kurang lancar atau tidak adekuat sehingga luka yang ada menjadi sulit untuk sembuh bahkan dapat menjadi luka yang tidak sehat karena adanya infeksi yang disebabkan agen inflamasi yang terjadi pada fase penyembuhan luka hari ke 1 hingga hari ke 4 tidak berjalan dengan baik akibat sirkulasi yang tidak baik tersebut. Hal tersebut juga dapat disebabkan oleh kurangnya latihan pasca bedah dikarenakan kecemasan atau rasa nyeri pada are bedah sehingga klien takut untuk melakukan mobilisasi atau bahkan imobilisasi. Kerusakan integritas kulit berupa luka insisi post laparotomi menimbulkan dua masalah keperawatan utama yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Nyeri akut yang dirasakan pasien post laparotomi merupakan masalah keperawatan yang pertama muncul akibat insisi bedah dan habis atau berkurangnya efek anestesi. Menurut International Association for Study of Pain (IASP), nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan actual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Mekanisme terjadinya nyeri pasca bedah dapat dijelaskan sebagai berikut. Pada dasarnya mirip dengan timbulnya luka atau suatu penyakit, yang mengakibatkan kerusakan jaringan local dengan disertai keluarnya bahan-bahan yang merangsang rasa nyeri seperti: kalium dan ion hydrogen, asam laktat, serotonin, bradylin, prostaglandin. Inflamasi perifer menghasilkan prostaglandin dan berbagai sitokin yang menginduksi COX-2 setempat. Selanjutnya akan mensensitisasi nociceptor perifer yang ditandai dengan timbulnya rasa nyeri. Sebagian sitokin melalui aliran darah sampai ke system saraf pusat meningkatkan kadar interleukin-1 yang pada gilirannya menginduksi COX-2 didalam neuron otak.

Komplikasi post laparotomi juga dapat berupa resiko infeksi seperti tromboflebitis yang biasa timbul 7- 14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboflebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulasi dini, dan kaos kaki TED yang dipakai klien sebelum mencoba ambulasi. Selanjutnya infeksi luka yang sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organism yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organism gram positif stafilokokus mengakibatkan penahanan. Untuk menghindari

infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan teknik steril. Selanjutnya dehiscensi dan eviserasi luka yang sering disebabkan karena infeksi, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah. Klien dan keluarga tidak mengetahui adanya keuntungan mobilisasi dini dan kerugian jika imobilisasi terlalu lama sehingga perawat memberikan pendidikan kesehatan kapan klien dapat melakukan mobilisasi, bagaimana tahapan mobilisasi dini dan apa saja keuntungan melakukan mobilisasi dini dan kerugian jika tidak melakukan mobilisasi dini. Prodedur yang dipakai oleh perawat adalah hasil penelitian Zomoradi pada tahun 2012 dengan sebelumnya dilakukan penilaian sesuai status borg exertion scale.

4.3 Analisis Base Evidence Practice

Imobilisasi adalah suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota badan dan tubuh itu sendiri dalam berputar, duduk dan berjalan, hal ini salah satunya disebabkan oleh berada pada posisi tetap dengan gravitasi berkurang seperti saat duduk atau berbaring (Garrison, 2004). Berdasarkan pengertian tentang mobilisasi di atas, dapat diketahui bahwa mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian. Kemampuan mobilisasi dapat berkurang atau hilang pada seseorang yang menderita gangguan tulang atau otot seperti fraktur, gangguan saraf seperti stroke, tidak adekuatnya energi seperti gangguan jantung atau dengan nyeri seperti pada seseorang pasca pembedahan.

Kondisi imobil yang lama dan terus menerus, dapat mengganggu kesehatan seseorang karena kardiovaskuler tidak terlatih, otot yang konstan sehingga dapat terjadi atrofi, dapat juga menimbulkan gangguan psikologis karena kemandiriannya tidak optimal. Oleh karena itu, perlu dilakukan latihan mobilisasi pada pasien yang telah siap secara fisik dan psikis untuk melakukan mobilisasi. Mobilisasi perlu dilakukan tahap demi tahap, disesuaikan dengan kemampuan fisik pasien dan kesiapan psikologis pasien. Sebelum dilakukan latihan mobilisasi juga perlu dinilai kemampuan toleransi tubuh klien terhadap aktivitas, untuk menghindari terjadinya kolaps, misalnya pada pasien gangguan jantung dan nyeri hebat.

Berbagai penelitian menyatakan bahwa mobilisasi dini setelah operasi mempunyai keuntungan yang baik dalam memulihkan kondisi pasien. Pasien dengan mobilisasi dini akan membuat aliran darah menjadi membaik dengan cepat akibat efek anestesi. Selanjutnya dengan aliran darah yang baik tersebut nutrisi dan oksigen yang diperlukan sistem tubuh akan membuat proses penyembuhan luka menjadi lebih cepat. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa dengan melatih pasien setelah sadar dari efek anestesi setelah pembedahan dapat dengan cepat meningkatkan peristaltis usus dibandingkan dengan yang tidak diberikan mobilisasi dini. Mobilisasi dini juga akan membuat pasien menjadi lebih cepat merasa sehat karena efek psikis dan pasien dapat mempercepat waktu perawatan di rumah sakit.

Mobilisasi dini juga dapat dilakukan sesuai prosedur yang ada pada lampiran 1 yang didapatkan dari artikel penelitian Zomoradi tahun 2012 berjudul *developing mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU*.

Dalam artikel penelitian tersebut disebutkan bahwa pasien harus dalam kondisi hemodinamik yang stabil ketika berbaring untuk dapat miring kiri dan kanan misalnya ketika mengganti linen atau berpindah posisi tidur. Selanjutnya pasien berlatih untuk melatih ROM dari pasif- aktif asistif- aktif dan duduk di tempat tidur sambil menggoyang-goyang kan kaki. Waktu yang dapat dicapai pasien ketika duduk dan berlatih ROM juga dicatat. Selanjutnya jika sudah kuat yang artinya melebihi waktu yang ditentukan maka pasien dapat dilatih mengangkat tangan dan kaki dan selanjutnya berlatih duduk di kursi. Selanjutnya berdiri dengan bantuan hingga berdiri tanpa bantuan dan berjalan secara mandiri.

4.4 Alternatif Pemecahan Masalah

Pendidikan kesehatan atau edukasi terkait mobilisasi dini setelah operasi merupakan salah satu alternatif perawatan setelah pasien melakukan operasi laparotomi khususnya dan bedah apapun pada umumnya. Selain cara ini merupakan tindakan keperawatan terutama perawat bedah dan tindakan ini dapat meminimalkan kecemasan pada klien setelah operasi serta klien dapat termotivasi untuk mobilisasi dini guna mempercepat penyembuhan luka. Namun masih ada beberapa kendala terkait tindakan ini yaitu kurangnya dukungan keluarga untuk mobilisasi dini setelah operasi dilakukan. Solusi bisa ditawarkan kepada perawat ruangan untuk meningkatkan

kolaborasi keikutsertaan keluarga pasien bedah digestif khususnya pasien dengan laparotomi yaitu dengan mengikutsertakan keluarga pasien dalam pendidikan kesehatan terkait mobilisasi dini setelah operasi. Diharapkan setelah adanya contoh sederhana ini, keluarga dan klien termotivasi untuk mobilisasi dini setelah operasi.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari uraian penulisan di BAB sebelumnya dapat disimpulkan beberapa kesimpulan:

1. Appendicitis adalah kondisi ketika usus buntu meradang dan penuh nanah, sehingga kondisi ini menimbulkan nyeri , Usus buntu adalah sebuah kantong pada usus besar manfaatnya tidak diketahui, usus buntu yang meradang dan telah perforasi diperlukan tindakan laparotomi dan Appenditomy.
2. Tindakan laparotomi dapat menimbulkan masalah kerusakan integritas kulit, nyeri akut dan resiko infeksi. Intervensi keperawatan berupa pemberian mobilisasi dini secara bertahap keuntungan untuk mempercepat penyembuhan luka operasi dan menurunkan resiko komplikasi berupa tromboflebitis sehingga kerugian dari imobilisasi dapat dihindari.
3. Mobilisasi dini pada pasien post laparotomi dapat mempercepat penyembuhan luka operasi, menurunkan resiko komplikasi operasi, menghilangkan nyeri, menurunkan waktu rawat serta mengurangi biaya perawatan di rumah sakit.

5.2 Saran

Berdasarkan keterbatasan dan pembahasan hasil penulisan ini, maka penulis memberikan beberapa rekomendasi kepada penulis selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi laparotomi khususnya untuk mempercepat penyembuhan luka operasi.

1. Pasien seharusnya dikaji ulang tingkat kesadaran dan tingkat nyeri setelah operasi terutama jam- jam awal setelah operasi dimana efek anestesi masih ada dan dapat menimbulkan komplikasi seperti hipoksemia akibat kelemahan otot-otot pernapasan.
2. Penulis selanjutnya dapat melakukan mobilisasi dini sesuai dengan bagan protokol yang ada dan mungkin bagan protokol tersebut dikonsulkan kepada peneliti yang lebih ahli guna melihat efektifitas pada pasien bedah di Indonesia. Selain itu penulis selanjutnya dapat mencari jurnal yang lebih banyak dengan metode yang lebih baru lagi sehingga didapatkan hasil penulisan yang lebih optimal yang dapat memberi informasi yang lebih luas lagi kepada pembaca.

3. Pihak rumah sakit seharusnya menambah sumber daya perawat khususnya perawat bedah sebaiknya dapat memberikan latihan mobilisasi dini untuk merawat pasien setelah operasi laparotomi khususnya dan pasien bedah lainnya pada umumnya. Perawat bedah juga supaya dapat menjadi masukan lebih kreatif lagi dalam menyusun asuhan keperawatan khususnya dalam memberikan intervensi keperawatan sesuai dengan penelitian terbaru.
4. Institusi pendidikan seharusnya memberikan tambahan informasi kepada mahasiswa mengenai pengelolaan klien pasca bedah guna memberikan asuhan keperawatan pada pasien pasca bedah digestif khususnya dan pasien bedah lain pada umumnya secara optimal yang sesuai dengan hasil diskusi berdasarkan base evidence.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhrita. (2011). *Pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan anestesi spinal*. Diperoleh tanggal 3 desember 2021 dari http://respository_dini_terhadap_pemulihan.pdf.
- Brunner and Suddart (2002). *Buku keperawatan medical bedah*. Jakarta : EGC
- PPNI (2018). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Inayanti, A. (2006). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap waktu kesembuhan Luka Fase proliferasi pada post operasi. Diperoleh pada tanggal 3 Desember 2021 dari www.webstatschecker.com/com/stats/keyword/mobilisasi_dini
- Lancaster, J & Stanhope, M (2000). *Community public health nursing*. Fifth Edition. St.Louis: Mosby.
- Marlitasari, H. (2010). Gambaran Penatalaksanaan mobilisasi dini oleh perawat pada post appendiktomy di RS PKU Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Ilmiah keperawatan*, Volume 6, no 2 Juni 2010
- Potter & Perry. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktek*. (Yasmin Asih, Penerjemah). (Ed. 4). Jakarta: EGC
- Smeltzer, Suzanne C, Bare Brenda G. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*,. Jakarta : EGC.
- Yamada, Tadataka. Skin Lesion Associated with Gastrointestinal and Liver Disease, In : *Texbook of Gastroenterology*.. 4th Ed. Volume 1. USA: Lippincott Wiliams and Wilkins.p.1000-3
- Zomoradi, M., Topley, D., McAnaw, M. (2012) *Developing a Mobility Protocol for Early Mobilization of Patiens in a Surgical/Trauma ICU*. Handawani Publishing Corporate.

Lampiran I

Strandart Oprasional Prosedur Ambulasi Dini Post Operasi Laparatomi

Pengertian	Ambulasi dini post Laparatomy adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan Pasien setelah beberapa jam Post Operasi
Tujuan	1. Mempercepat penyembuhan luka 2. Mengurangi Tingkat Nyeri 3. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli 4. Mengurangi lama rawat di Rumah sakit
Indikasi	Pasien Post Operasi
Persiapan Alat	Tidak ada
Persiapan Pasien	1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga 3. Jelaskan tujuan tindakan kepada pasien / keluarga 4. Minta persetujuan pasien 5. Jaga privacy klien
Prosedur	1. Tahap pra interaksi a. Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan b. Melihat data atau riwayat SC pasien c. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat d. Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini e. Mencuci tangan 2. Tahap orientasi a. Memberikan salam dan memperkenalkan diri b. Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan

	kontrak waktu c. Menjelaskan tujuan dan prosedur d. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien 3. Tahap kerja Pada 6 jam pertama post Laparatomy a. Menjaga privasi pasien b. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang c. Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit d. Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit e. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas f. Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali g. Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki Pada 6-10 jam berikutnya a. Latihan miring kanan dan kiri b. Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan pasien berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal
--	---

	yang sama ke sisi yang lain Pada 24 jam post Laparatomy a. Posisikan semi fowler 30-40 secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan b. Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk Pada hari ke 2 post Laparatomy a. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan Pada hari ke 3 post Laparatomy Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai b. Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur
Evaluasi & tindak lanjut	1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Menganjurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga 3. Salam terapeutik dengan klien 4. Mencuci tangan
Dokumentasi	1 Dokumentasikan : nama klien, tanggal dan jam perekaman, dan respon pasien 2. Paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien

Lampiran 3