

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Perforasi Gaster

2.1.1 Definisi

Perforasi adalah lubang atau luka di dinding suatu organ tubuh. Kondisi ini dapat terjadi pada esofagus, lambung, usus kecil, usus besar, anus, atau kantung empedu. Perforasi bisa disebabkan oleh berbagai penyakit. Mulai dari radang usus buntu (apendisitis), radang kantung usus besar (divertikulitis), hingga cedera seperti luka tusuk atau luka tembak. Lubang atau luka yang terjadi di saluran pencernaan (*intestinal perforation*) atau kantung empedu dapat memicu peritonitis, yakni peradangan pada lapisan tipis jaringan yang melapisi perut (peritoneum) (dr. Levina dalam Sehat Q, 2021)..

2.1.2 Etiologi

Menurut Azimi dkk, (2020) Penyebab perforasi gaster adalah sebagai berikut:

1. Cedera tembus pada dada bagian bawah atau perut (misalnya, cedera pisau)

Dalam kasus trauma tembus, usus kecil adalah organ intra-abdominal yang paling sering terluka, karena melingkar di perut dan menempati sebagian besar area peritoneum. rongga; selain itu, usus kecil melekat pada mesenterium.

2. Trauma tumpul perut pada perut

Cedera seperti itu lebih sering terjadi pada anak-anak daripada pada orang

dewasa dan termasuk trauma terkait kendaraan, cedera stang sepeda, dan sindrom sabuk pengaman

3. Menelan aspirin, obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), dan steroid

Perforasi usus dari penyebab tersebut terutama diamati pada pasien usia lanjut; meresepkan NSAID untuk pasien dengan penyakit divertikular membawa peningkatan risiko perforasi kolon.

4. Adanya kondisi predisposisi

Kondisi predisposisi meliputi: penyakit ulkus peptikum, akut radang usus buntu, akut divertikulitis, dan meradang Divertikulum Meckel; memang, radang usus buntu akut masih menjadi salah satu penyebab umum usus perforasi pada pasien usia lanjut dan dikaitkan dengan hasil yang relatif buruk.

5. Cedera usus yang terkait dengan endoskopi

Cedera dapat terjadi dengan cholangiopancreatography retrograde endoskopik (ERCP) dan kolonoskopi.

6. Stent bilier endoskopi

Dislokasi dan migrasi stent bilier ke usus dapat menyebabkan perforasi usus

7. Tusukan usus sebagai komplikasi laparoskopi

Faktor yang dapat mempengaruhi pasien untuk komplikasi ini adalah obesitas, kehamilan, radang usus akut dan kronis, dan obstruksi usus.

8. Infeksi bakteri

Infeksi bakteri (misalnya, demam tifoid) dapat dipersulit oleh perforasi usus pada sekitar 5% pasien; perforasi pada pasien ini dapat terjadi secara tidak terduga setelah kondisinya mulai membaik

9. Penyakit radang usus

Perforasi usus dapat terjadi pada pasien dengan kolitis ulseratif, dan perforasi ileum terminal dapat terjadi pada pasien dengan penyakit Crohn (CD); gen terkait CDSLCO3A1 telah terbukti memediasi proses inflamasi pada sel epitel usus dan dengan demikian menghasilkan insiden perforasi usus yang lebih tinggi pada pasien CD.

10. Perforasi sekunder akibat iskemia usus (misalnya, kolitis iskemik)

Perforasi usus oleh keganasan intra-abdominal, limfoma, atau karsinoma ginjal metastatic Bahkan tumor jinak, seperti sebagai tumor desmoid (misalnya, yang berasal dari jaringan fibrosa mesenterium), dapat menyebabkan perforasi usus.

11. Radioterapi karsinoma serviks dan keganasan intra-abdomen lainnya

Ini mungkin terkait dengan komplikasi, termasuk obstruksi usus dan perforasi usus.

12. Vaskulitis nekrosis

Granulomatosis Wegener mempengaruhi visera, meskipun jarang, dapat menyebabkan ulserasi usus dan perforasi

13. Transplantasi ginjal

Setelah transplantasi ginjal, perforasi gastrointestinal (GI) dapat terjadi sebagai komplikasi; dalam kasus ini, perforasi biasanya terkait dengan penggunaan obat imunosupresif dosis tinggi, pengobatan digunakan pada periode awal pasca operasi dan dalam pengelolaan episode penolakan akut

14. Tertelan zat kaustik

Sengaja atau disengaja menelan zat kaustik dapat menyebabkan perforasi usus akut dan peritonitis; perforasi tertunda dapat terjadi hingga 4 hari setelah paparan asam.

15. Benda asing (misalnya, tusuk gigi)

Ini dapat menyebabkan perforasi kerongkongan, lambung, atau usus kecil, dengan infeksi intraabdominal, peritonitis, dan sepsis.

2.1.3 Klasifikasi

1. Tipe I : paling sering, terjadi sepanjang kurvatura minor, biasanya terjadi di sekitar *incisura angularis*.
2. Tipe II: biasanya dua ulkus, pada *corpus* gaster dan di duodenum
3. Tipe III: *prepyloric*
4. Tipe IV: jarang terjadi, terjadi pada kurvatura minor dekat dengan gastroesophageal junction.

Tipe I dan IV tidak berhubungan dengan produksi asam. Tipe II dan III berhubungan dengan hipersekresi asam.

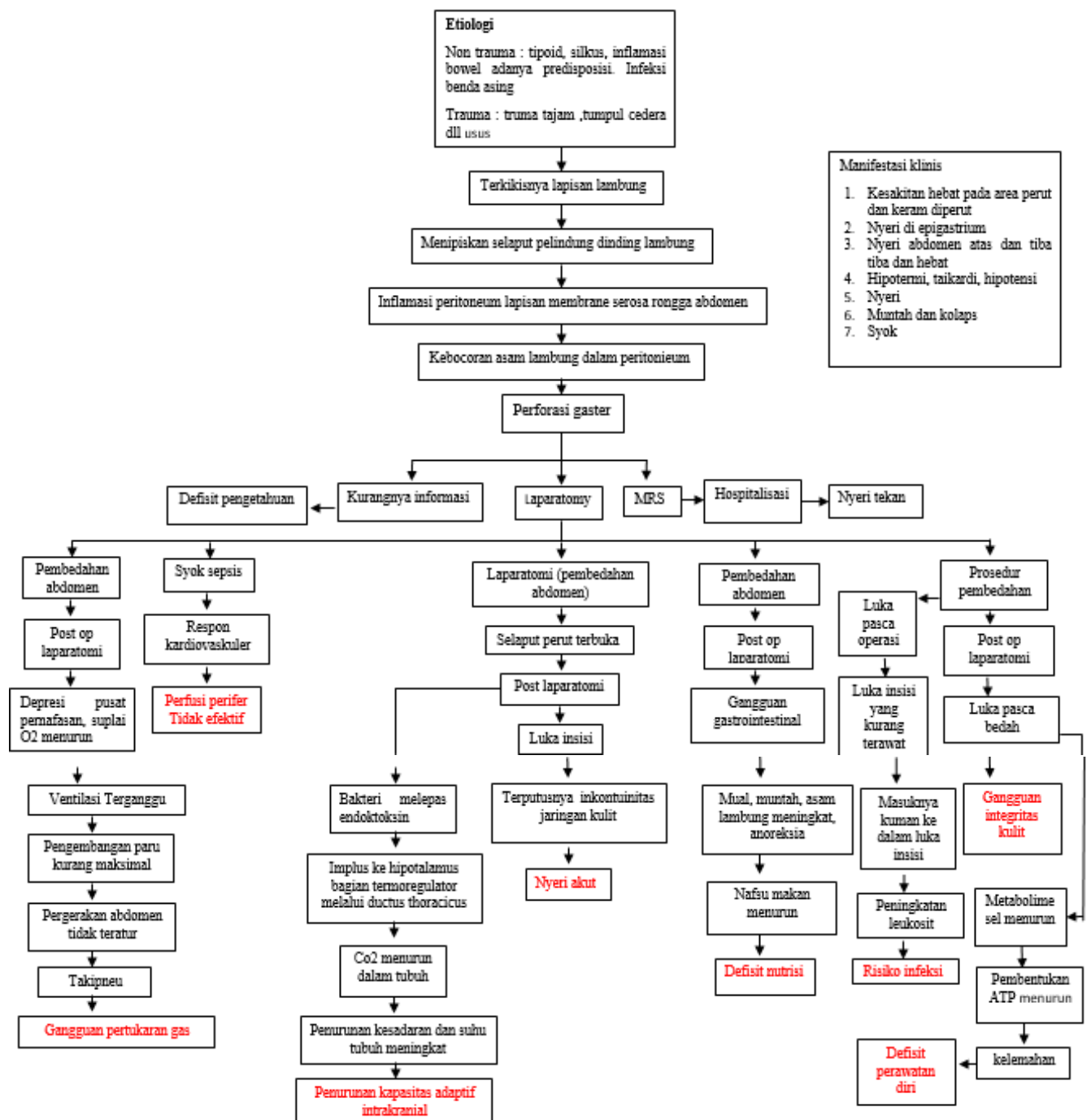
2.1.4 Patofisiologi

Menurut Azimi dkk, (2020) Biasanya, lambung relatif bebas dari bakteri dan mikroorganisme lain karena keasaman intraluminalnya yang tinggi. Kebanyakan orang yang mengalami trauma perut memiliki fungsi lambung yang normal dan tidak berisiko kontaminasi bakteri setelah perforasi lambung. Namun, mereka yang memiliki masalah lambung yang sudah ada sebelumnya berisiko kontaminasi peritoneal dengan perforasi lambung. Kebocoran asam lambung ke dalam rongga peritoneum sering menyebabkan peritonitis kimiawi yang berat. Jika kebocoran tidak ditutup dan partikel makanan mencapai rongga peritoneum, peritonitis kimia digantikan oleh perkembangan peritonitis bakteri secara bertahap. Pasien mungkin bebas dari gejala selama beberapa jam antara peritonitis kimia awal dan terjadinya peritonitis bakteri kemudian.

Mikrobiologi usus halus berubah dari bagian proksimal ke bagian distalnya. Beberapa bakteri mengisi bagian proksimal usus halus, sedangkan bagian distal usus halus (jejunum dan ileum) mengandung organisme aerobik (misalnya, *Escherichia coli*) dan persentase organisme anaerobik yang lebih tinggi (misalnya, *Bacteroides fragilis*). Dengan demikian, kemungkinan infeksi intra-abdomen atau luka meningkat dengan perforasi usus distal. Kehadiran bakteri di rongga peritoneum merangsang masuknya sel-sel inflamasi akut. Omentum dan jeroan cenderung melokalisasi tempat peradangan, menghasilkan phlegmon (Ini biasanya terjadi pada perforasi usus besar), Hipoksia yang dihasilkan di daerah tersebut memfasilitasi pertumbuhan anaerob dan menghasilkan gangguan aktivitas bakterisida granulosit, yang menyebabkan peningkatan aktivitas fagositosis

granulosit, degradasi sel, hipertonisitas cairan yang membentuk abses, efek osmotik, perpindahan lebih banyak cairan ke daerah abses, dan pembesaran abses perut. Jika tidak diobati, bakteremia, sepsis umum, kegagalan multiorgan, dan syok dapat terjadi (Azimi dkk., 2020).

2.1.5 Pathway Konsep Teori



2.1.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala perforasi gaster adalah :

1. Kesakitan hebat pada perut dan kram diperut.
2. Nyeri di daerah epigastrium.
3. Nyeri abdomen atas yang tiba-tiba dan hebat (menetap dan meningkat dalam intensitas).
4. Hipertermi
5. Takikardi
6. Hipotensi
7. Nyeri, yang dapat menyebar ke bahu, khususnya bahu kanan, karena iritasi saraf frenik di diafragma.
8. Muntah dan kolaps (pingsan)
9. Nyeri tekan dan kaku hebat pada abdomen (seperti papan)
10. Syok
11. Pada keadaan lanjut disertai demam menggigil.
12. Biasanya tampak letargik karna syok toksik.

2.1.7 Komplikasi

Tingkat infeksi luka berkorelasi dengan jumlah bakteri di usus; karenanya, komplikasi ini lebih sering terjadi dengan perforasi kolon (misalnya, divertikulitis perforasi). Penggunaan antibiotik profilaksis yang bijaksana telah terbukti mengurangi kejadian infeksi luka pada luka yang terkontaminasi dan berpotensi terkontaminasi. Komplikasi Perforasi Gaster antara lain :

1. Infeksi luka
2. Angka kejadian infeksi berkaitan dengan muatan bakteri pada gaster jika terjadi peritonitis.
3. Kegagalan luka operasi

Kegagalan luka operasi (kerusakan parsial atau total pada setiap lapisan luka operasi) dapat terjadi segera atau lambat. Factor-faktor berikut ini dihubungkan dengan kegagalan luka operasi menurut (Azimi dkk, 2020)

- Malnutrisi
- Sepsis
- Uremia
- Diabetes mellitus Terapi kortikosteroid
- Kegemukan
- Batuk berat
- Hematoma (dengan atau tanpa infeksi)
- Abses perut yang terlokalisasi dapat berkembang.

4. Abses abdominal terlokalisasi
5. Kegagalan multiorgan dan syok septik

Septikemia adalah proliferasi bakteri dalam darah yang menimbulkan manifestasi sistemik, seperti kekakuan, demam, hipotermi (pada septikemia gram negative dengan endotoksemia), leukositosis atau leucopenia (pada septicemia berat), takikardi, dan kolaps sirkuler. Syok septik dihubungkan dengan kombinasi hal-hal berikut:

- Hilangnya tonus vasomotor
- Peningkatan permeabilitas kapiler

- Depresi myocardial
- Pemakaian leukosit dan trombosit
- Penyebaran substansi vasoaktif kuat, seperti histamine, serotonin, dan prostaglandin, menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler
- Aktivasi komplemen dan kerusakan endotel kapiler
- Infeksi gram negative dihubungkan dengan prognosis yang lebih buruk dari gram positif, mungkin karena hubungan dengan endotoksemia

6. Gagal ginjal dan ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan pH

7. Perdarahan mukosa gaster

Komplikasi ini biasanya dihubungkan dengan kegagalan system multiple organ dan mungkin berhubungan dengan defek proteksi oleh mukosa gaster

8. Obstruksi mekanik

Sering disebabkan karena adesi post operatif.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang Menurut (Azimi et al., 2020) pada *Perforasi Gaster*, antara lain:

1. Pemeriksaan Laboratorium

2. Radiologi

Perforasi gastrointestinal adalah penyebab umum dari akut abdomen.

Isi yang keluar dari perforasi dapat mengandung udara, cairan lambung dan duodenum, empedu, makanan, dan bakteri. Udara bebas atau pneumoperitoneum terbentuk jika udara keluar dari sistem

gastrointestinal. Hal ini terjadi setelah perforasi lambung, bagian oral duodenum, dan usus besar. Pada kasus perforasi usus kecil, yang dalam keadaan normal tidak mengandung udara, jumlah udara yang sangat kecil dilepaskan. Udara bebas terjadi di rongga peritoneum 20 menit setelah perforasi. Manfaat penemuan dini dan pasti dari perforasi gaster sangat penting, karena keadaan ini biasanya memerlukan intervensi bedah. Radiologis memiliki peran nyata dalam menolong ahli bedah dalam memilih prosedur diagnostik dan untuk memutuskan apakah pasien perlu dioperasi.

3. Ultrasonografi

Ultrasonografi adalah metode awal kebanuakan kondisi akut abdomen. Pemeriksaan ini berguna untuk mendeteksi cairan bebas dengan berbagai densitas. Pengumpulan gas lokal terkait dengan perforasi usus dapat dideteksi pada ultrasonografi (US), terutama jika dikaitkan dengan kelainan lain yang terlihat (misalnya, lengkung usus yang menebal). Lokasi perforasi usus dapat dideteksi dengan USG (misalnya, perforasi lambung vs duodenum, apendisitis perforasi vs divertikulitis perforasi). Ultrasonogram perut juga dapat memberikan evaluasi cepat hati, limpa, pankreas, ginjal, ovarium, adrenal, dan Rahim.

4. CT-scan

CT-scan abdomen adalah metode yang jauh lebih sensitif untuk mendeteksi udara setelah perforasi, bahkan jika udara tampak seperti

gelembung dan saat pada foto rontgen murni dinyatakan negatif. Oleh karena itu, CT-san sangat efisien untuk deteksi dini perforasi gaster. *Computed tomography* (CT) abdomen dapat menjadi alat investigasi yang berharga, memberikan informasi morfologis diferensial yang tidak dapat diperoleh dengan radiografi polos atau ultrasonografi. CT scan dapat memberikan bukti perforasi lokal (misalnya, perforasi ulkus duodenum) dengan kebocoran di daerah kandung empedu dan panggul kanan dengan atau tanpa udara bebas yang terlihat. Mereka mungkin menunjukkan perubahan inflamasi pada jaringan lunak perikolon dan abses fokal karena divertikulitis (mungkin menyerupai karsinoma kolon berlubang). CT scan mungkin tidak memberikan bukti radiografi definitif divertikulitis Meckel berlubang.

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien dengan perforasi gaster yaitu :

1. Pemasangan NGT
2. Rehidrasi cairan dan elektrolit
3. Pemberian antibiotik
4. Terapi pembedahan.

Terapi utama perforasi gastrointestinal adalah tindakan bedah. Terapi gawat darurat dalam kasus perforasi gastrointestinal adalah:

- a. Pasang akses intravena (infuse). Berikan terapi cairan kristaloid pada pasien dengan gejala klinis dehidrasi atau septikemia.
- b. Jangan berikan apapun secara oral.

- c. Berikan antibiotik secara intravena pada pasien dengan gejala septicemia.
- d. Berikan antibiotik spectrum luas. Tujuan pemberian antibiotik adalah untuk eradikasi infeksi dan mengurangi komplikasi post operasi.
- e. Pemberian antibiotik terbukti efektif dalam menurunkan kadar infeksi post operasi dan dapat memperbaiki hasil akhir dari pasien dengan infeksi intra peritoneum dan septikemia. Contoh antibiotik yang diberikan adalah seperti Metronidazol, Gentamisin, dan Cefoprazone.

Jika gejala dan tanda-tanda peritonitis umum tidak ada, kebijakan nonoperatif mungkin digunakan dengan terapi antibiotik langsung terhadap bakteri gramnegatif dan anaerob. Tujuan dari terapi bedah adalah:

1. Koreksi masalah anatomi yang mendasari
2. Koreksi penyebab peritonitis
3. Membuang setiap material asing di rongga peritoneum yang dapat menghambat fungsi leukosit dan mendorong pertumbuhan bakteri (seperti darah, makanan, sekresi lambung).

Penatalaksanaan tergantung penyakit yang mendasarinya. Intervensi bedah hampir selalu dibutuhkan dalam bentuk laparotomi dan penutupan perforasi dan pencucian pada rongga peritoneum (*evacuasimedis*). Terapi konservatif di indikasikan pada kasus pasien yang nontoxic dan secara klinis keadaan umumnya stabil dan biasanya diberikan cairan intravena, antibiotik, aspirasi

NGT, dan dipuasakan pasiennya.

Laparotomi dilakukan segera setelah upaya suportif dikerjakan. Jahitan saja setelah eksisi tukak yang perforasi belum mengatasi penyakit primernya, tetapi tindakan ini dianjurkan bila keadaan umum kurang baik, penderita usia lanjut, dan terdapat peritonitis purulenta. Bila keadaan memungkinkan, tambahan tindakan vagotomi dan antrektomi dianjurkan untuk mencegah kekambuhan.

2.1.10 Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Hasil pengkajian merupakan dasar dari penentuan masalah keperawatan dan penentuan intervensi keperawatan yang akan diberikan (Royan, 2015). Hal-hal yang perlu dikaji pada pasien hidronefrosis antara lain:

1. Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama, usia pada penderita, dan jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis Gofur (2021).

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Menanyakan keluhan utama pasien secara kronologis, yaitu waktu, pencetus, durasi, manajemen keluarga dan penyebab dibawa kerumah sakit. Keluhan-keluhan utama yang sering dirasakan oleh klien yang mengalami perforasi gaster yaitu biasanya klien mengeluh nyeri ulu hati menjalar ke punggung (Royan, 2015).

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit batu ginjal, batu saluran kemih, dan penyakit-penyakit yang meningkatkan risiko terjadinya perforasi gaster. Tanyakan apakah klien pernah sampai dirawat dirumah sakit, berapa lama, dan pulang dengan status apa (sembuh, pulang paksa, dirujuk dan sebagainya). Riwayat pembedahan juga perlu dikaji baik pembedahan abdomen atau sistem yang lain. Selain itu juga perlu dikaji penggunaan obat-obatan (Royan, 2015).

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga juga perlu dikaji kemungkinan anggota keluarga ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan klien saat ini (Royan, 2015).

5. Pemeriksaan Fisik

Pola aktivitas dan istirahat

a. Pola Nutrisi

Klien perforasi gaster biasanya mengalami perubahan pada pola makan akibat rasa mual yang disebabkan oleh inflamasi yang terjadi pada abdomen sehingga perlu dikaji keinginan untuk muntah, penurunan berat badan secara mendadak dan biasa terjadi nyeri pada ulu hati akibat pembengkakan tukak lambung (Sufia, 2019).

b. Pola Eliminasi

Kaji adanya perubahan warna urine atau tidak (Tri Rahayu, 2021).

c. Pola Personal Hygiene

Kaji adanya penurunan dalam melakukan perawatan diri sebelum dan saat masuk rumah sakit (Royan, 2015).

d. Pola Istirahat dan Tidur

Klien dengan perforasi biasanya mengalami gangguan pola tidur

(insomnia/gelisah atau somnolen) karena adanya nyeri abdomen, sakit kepala dan kram otot kaki (Royan, 2015).

B. Diagnosa keperawatan

1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (SDKI D.0003)
2. Nyeri Akut b.d luka insisi (SDKI, D.0077)
3. Gangguan Integritas Kulit b.d prosedur pembedahan (SDKI D.0129)
4. Defisit nutrisi b.d gangguan gastrointestinal (SDKI D.0032)
5. Resiko Infeksi b.d luka insisi yang kurang terawat (D.014)
6. Resiko Ketidakseimbangan Cairan b.d keluarnya cairan dari kolostomi . (SDKI D.0036)
7. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan fisik. (SDKI D.0109)

C. Intervensi

Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (SDKI D.0003)	Pertukaran gas meningkat	Intervensi Terapi Oksigen (I.01026).
	L.01003	Observasi
	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil:	– Monitor kecepatan aliran oksigen – Monitor posisi alat terapi oksigen – Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup
	1. Sesak napas menurun	

-
- | | |
|-----------------------------|--|
| 2. Wheezing menurun | – Monitor efektifitas terapi oksigen |
| 3. Takikardia menurun | (mis. Oksimetri, Analisa gas darah), |
| 4. PCO ₂ membaik | jika perlu |
| 5. PO ₂ membaik | – Monitor kemampuan melepaskan |
| 6. pH arteri membaik. | oksigen saat makan |
| | – Monitor <u>tanda-tanda hipoventilasi</u> |
| | – Monitor <u>monitor tanda dan gejala</u> |
| | <u>toksikasi oksigen</u> dan atelektasis |
| | – Monitor tingkat kecemasan akibat |
| | terapi oksigen |
| | – Monitor integritas mukosa hidung |
| | akibat pemasangan oksigen |

Terapeutik

- Bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, jika perlu
 - Pertahankan kepatenan jalan napas
 - Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen
 - Berikan oksigen tambahan, jika perlu
 - Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi
-

		– Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien
		Edukasi
		– Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah
		Kolaborasi
		– Kolaborasi penentuan dosis oksigen – Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
Nyeri Akut b.d luka insisi (SDKI, D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: L.08066	Manajemen Nyeri (I.08238)
		Observasi
	1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	– Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri – Identifikasi skala nyeri – Identifikasi respon nyeri non verbal

-
- | | |
|----------------------------|---|
| 5. Kesulitan tidur menurun | – Identifikasi faktor yang |
| 6. Frekuensi nadi membaik | memperberat dan memperingan nyeri |
| | – Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri |
| | – Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri |
| | – Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup |
| | – Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan |
| | – Monitor efek samping penggunaan analgetik |

Terapeutik

- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
-

-
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - Fasilitasi istirahat dan tidur
 - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
-

Gangguan	Setelah dilakukan intervensi	Perawatan Integritas Kulit (I.11353)
Integritas Kulit b.d	keperawatan selama 3 x 24	Observasi
prosedur	jam, maka integritas	– Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)
pembedahan	kulitmeningkat, dengan kriteria	Terapeutik
(SDKI D.0129)	hasil:	– Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring – Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu – Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare – Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
1. Kerusakan lapisan kulit menurun		

-
- Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
 - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

- Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
 - Anjurkan minum air yang cukup
 - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
 - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
 - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
 - Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
-

Defisit nutrisi b.d gangguan gastrointestinal (SDKI D.0032)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: L.03030	Manajemen Nutrisi (I.03119)
	1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Observasi – Identifikasi status nutrisi – Identifikasi alergi dan intoleransi makanan – Identifikasi makanan yang disukai – Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien – Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik – Monitor asupan makanan – Monitor berat badan – Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
		Terapeutik
		– Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu – Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) – Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

-
- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 - Berikan suplemen makanan, jika perlu
 - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- Ajarkan posisi duduk, jika mampu
- Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
 - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
-

Resiko Infeksi b.d luka insisi yang kurang terawatt (D.014)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: L.14137	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi – Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
	1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Terapeutik – Batasi jumlah pengunjung – Berikan perawatan kulit pada area edema – Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien – Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
		Edukasi – Jelaskan tanda dan gejala infeksi – Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar – Ajarkan etika batuk – Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

		– Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi – Anjurkan meningkatkan asupan cairan
		Kolaborasi
		– Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
Resiko	Setelah dilakukan intervensi	Manajemen Cairan (I.03098)
Ketidakseimbangan Cairan b.d	keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil:	Observasi
keluarnya cairan dari kolostomi . (SDKI D.0036)	1. Asupan cairan meningkat 2. Membrane mukosa lembab meningkat 3. Turgor kulit membaik 4. Output urin meningkat	– Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) – Monitor berat badan harian – Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis – Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, na, k, cl, berat jenis urin, bun) – Monitor status hemodinamik (mis: map, cvp, pap, pcwp, jika tersedia)

Terapeutik		
– Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam – Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan – Berikan cairan intravena, jika perlu		
Kolaborasi		
– Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu		
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan fisik. (SDKI D.0109)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: L.11103	Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian (I.11350)
		Observasi
	1. Kemampuan mandi meningkat	– Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias
		Terapeutik
	2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	– Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau
	3. Kemampuan makan meningkat	– Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan

-
- | | |
|---|--|
| 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat | – Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu |
| 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat | – Fasilitasi berhias (mis: menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)
– Jaga privasi selama berpakaian |
| 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat | – Tawarkan untuk laundry, jika perlu
– Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri |

Edukasi

- Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu
 - Ajarkan menggunakan pakaian, jika perlu
-

D. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisa dan kesimpulan keperawatan dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain,

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian dalam hal perawatan diri.

2.2 Laparatomi

2.2.1 Definisi

Laparotomy (laparatomi) adalah proses bedah dengan cara membuat sayatan di dinding perut. Laparatomi ini dilakukan untuk menyelidiki dan mencari tahu masalah atau penyakit yang ada dalam organ perut seperti empedu, pankreas, limpa maupun gangguan pada organ hati (Metasari, 2020). Laparatomi adalah prosedur medis yang melibatkan pembedahan pada perut guna melihat organ-organ pencernaan didalamnya (Karyati, 2020).

2.2.2 Tujuan

Tujuan Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparatomy eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, 2021).

2.2.3 Indikasi

A. Trauma abdomen

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 (Ignativicus, 2020).

Dibedakan atas dua 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 (Ignativicus, 2020).

C. Pendarahan saluran pencernaan

Pendarahan saluran pencernaan adalah kondisi medis serius di mana terjadi kehilangan darah dari bagian mana pun dari saluran pencernaan, yang mencakup esofagus, lambung, usus halus, usus besar, rektum, dan anus.

Pendarahan ini bisa bersifat akut atau kronis, dengan gejala yang bervariasi dari ringan hingga mengancam nyawa. Gejala umum meliputi hematemesis (muntah darah), melena (tinja berwarna hitam dan lengket), hematochezia (darah merah segar dalam tinja), dan anemia yang ditandai dengan kelelahan, sesak napas, dan pucat. Penyebab pendarahan saluran pencernaan bervariasi, termasuk tukak lambung, varises esofagus, divertikulus, kanker, dan penyakit radang usus.

D. Sumbatan pada usus besar

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 besar 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 ke dalam 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) (Ignativicus, 2020)

E. Massa pada abdomen

Massa pada abdomen adalah kondisi di mana terdapat benjolan atau pertumbuhan abnormal di dalam rongga perut. Massa ini bisa bersifat padat atau berisi cairan, dan dapat berasal dari berbagai organ dalam perut seperti lambung, usus, hati, pankreas, ginjal, atau organ reproduksi. Gejala yang menyertai massa pada abdomen bervariasi tergantung pada ukuran, lokasi, dan sifat massa tersebut. Beberapa gejala umum termasuk nyeri perut, kembung, perubahan kebiasaan buang air besar atau kecil, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, dan rasa kenyang yang cepat setelah makan sedikit.

F. Appendicitis mengacu pada radang appendiks

Suatu tambahan seperti kantong yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari apendicitis 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 (a bullet in a gunshot victim)*

9. *Internal bleeding* (Sjamsurihidayat , 2020).

2.2.4 Penatalaksanaan

Ada 4 cara insisi pembedahan yang dilakukan, antara lain (Yenichrist, 2020):

1. 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 insis ini adalah terjadinya hernia cikatrisialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan lien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, rektosigmoid, dan organ dalam pelvis (Yenichrist, 2020).

2. 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 insicion 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, 2020).
3. *Transverse upper abdomen incision* yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy (Yenichrist, 2020).
4. *Transverse lower abdomen incision* yaitu: insisi melintang di bagian bawah ± 4 cm di atas anterior spinal iliak, misalnya pada operasi appendectomy (Yenichrist, 2020).

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Wong, 2021) sebagai berikut:

1. Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar : kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung : dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
2. Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
3. Radiologik : bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.
4. IVP/sistogram : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
5. 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 yang ditusukkan melalui dinding perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan buli-buli terlebih dahulu.
6. Lavase peritoneal : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritonium

2.2.6 Komplikasi Pasca Operasi

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis pasca operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi yang dilakukan. Bahaya yang akan terjadi pada tromboplebitis apabila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-

paru, hati dan otak.

2. Kerusakan integritas kulit apabila terjadi infeksi pasca operasi biasanya muncul pada 36-46 pasca operasi.
3. Nyeri hebat akibat luka operasi terjadinya Dehisensi dan Eviserasi. Dehisensi merupakan terbukanya tepi-tepi luka dan Eviserasi merupakan keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebabnya adalah infeksi pada luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, batuk / muntah pasca operasi (Saifullah, 2020)

2.3 Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Saifullah, 2020). Nyeri menurut Rospond (2020) merupakan sensasi yang penting bagi tubuh. Sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan, dan nyeri merupakan hasil stimulasi reseptor sensorik, provokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau menderita.

Menurut Handayani (2020) nyeri adalah kejadian yang tidak menyenangkan, mengubah gaya hidup dan kesejahteraan individu. Menurut Andarmoyo (2021) nyeri adalah ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu atau akibat cedera. Sedangkan menurut Kozier & Erb (2021) mengatakan bahwa nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain.

2.3.2 Etiologi

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri fisik dan nyeri psikis. Nyeri secara fisik timbul karena adanya trauma (baik trauma mekanik, kimiawi, maupun elektrik) hal ini dapat menimbulkan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri, serabut saraf ini terletak pada lapisan kulit sehingga menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Sedangkan nyeri psikologis merupakan nyeri yang dirasakan timbul akibat persepsi pasien atau trauma psikologis yang dialami pasien sehingga dapat mempengaruhi fisik (Kozier & Erb, 2021)

2.3.3 Patofisiologis

Menurut Kozier & Erb (2021) patofisiologis dari nyeri terbagi menjadi 3 bagian :

1. Mekanisme Neurofisiologi Nyeri

Sistem saraf pusat yang mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nosiseptif. Sensitivitas dari komponen sistem nosiseptif dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang berbeda diantara individu dengan individu lainnya. Maka dari itu respon yang dialami seseorang terhadap nyeri bisa berbeda satu sama lain.

2. Transmisi Nyeri

Reseptor nyeri pada manusia yaitu ujung saraf bebas yang terdapat dalam kulit, reseptor ini merespon hanya pada stimulus yang kuat dan adanya potensial merusak, bersifat mekanik, termal, dan kimia. Adapun sendi, otot, fascia, tendon, dan kornea juga merupakan reseptor nyeri yang mempunyai

potensi untuk mentransmiter yang menstimulus sehingga terjadi nyeri yang menyebabkan nyeri.

3. Kornu Dorsalis dan Jaras Asenden

Kornus dorsalis bagian dari *medulla spinalis* dianggap sebagai tempat yang merespon nyeri, serabut perifer (seperti reseptor nyeri) dan serabut traktus sensori asenden berakhir disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neuronal desenden dan traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri. Agar nyeri dapat diterima secara sadar, neuron pada sistem asenden diaktifkan. Aktivitas terjadi sebagai akibat input dari reseptor nyeri yang terletak dalam kulit dan organ internal. Terdapat interkoneksi neuron dalam kornudorsalis yang ketika diaktifkan, menghambat atau memutuskan transmisi informasi yang menyakitkan atau yang menstimulasi nyeri dalam jaras asenden.

2.3.4 Faktor Predisposisi Nyeri

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi Nyeri menurut Handayani (2020):

1. Usia

Usia dapat mempengaruhi nyeri pada seseorang dengan bertambahnya usia seseorang biasanya dapat mengontrol nyeri yang dirasakan.

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian tidak adanya perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan, namun beberapa rasa nyeri dibandingkan perempuan.

3. Lingkungan

Lingkungan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, biasanya lingkungan yang rebut dapat menimbulkan rasa nyeri pada pasien.

4. Keadaan Umum

Kondisi Fisik yang menurun, pasien dalam keadaan lemah dan kurang asupan nutrisi akan dapat meningkatkan intensitas nyeri begitu juga dengan haus / dehidrasi

5. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri biasanya dapat dirasakan dalam lokasi tertentu ada yang berupa nyeri ringan, sedang dan nyeri berat.

6. Kecemasan (*anxientas*)

Berdasarkan penelitian hubungan antara nyeri dengan kecemasan bersifat kompleks, kecemasan yang dilakukan oleh seseorang sering kali meningkatkan persepsi nyeri

2.3.5 Alat ukur nyeri

Menurut Masturah (2020) alat ukur nyeri terbagi atas beberapa kelompok :

A. Skala Nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*)

- 0 = Tidak ada rasa sakit.
- 1 = Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan), seperti gigitan nyamuk.
- 2 = Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
- 3 = Nyeri
- 4 = Kuat,
- 5 = Kuat, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir.

- 6 = Kuat, nyeri yang dalam dan menusuk begitu kuat sehingga mempengaruhi sebagian indra anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
- 7 = Sama seperti skala 6, kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra anda dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik.
- 8 = Nyeri yang kuat sehingga seseorang tidak dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian saat sakitnya kambuh dan berlangsung lama
- 9 = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya, sampai-sampai mengusahakan segala cara untuk menghilangkan rasa sakitnya, tanpa peduli apapun efek samping atau risikonya.
- 10 = Nyeri begitu kuat hingga tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini, karena sudah telanjur pingsan, seperti saat mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kehilangan kesadaran sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

B. Numerik rating scale (NRS)

Skala nyeri jenis ini adalah yang paling sering digunakan. Saat mengukur rasa nyeri, dokter akan meminta anda untuk memilih angka dari 0-10, dengan penjabaran sebagai berikut :

- a. 0 = Tidak nyeri
- b. 1-3 = Nyeri ringan

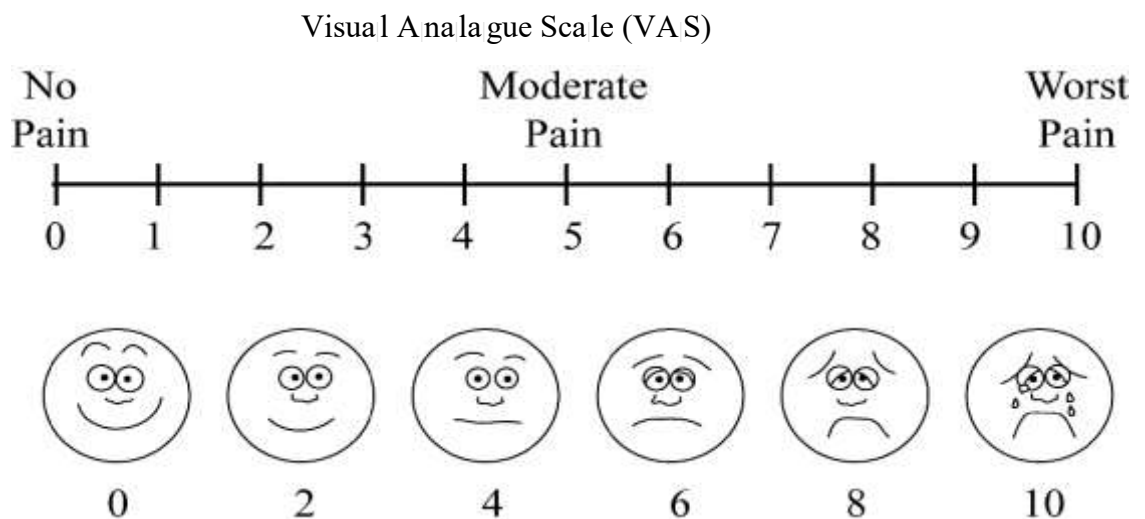
c. 4-6 = Nyeri sedang

d. 7-10 = Nyeri berat

C. Visual Analogue Scale (VAS)

Selain kedua cara menilai skala nyeri di atas, ada juga metode VAS.

Visual Analogue Scale adalah suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri secara terus-menerus. Skala ini membuat pasien bebas untuk menentukan tingkat nyeri sesuai yang dirasakan.



Sumber: Harsono (2014)

2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri atau tindakan keperawatan untuk mengurangi nyeri yaitu terdiri dari penatalaksanaan non-farmakologi dan farmakologi

A. Penatalaksanaan Farmakologi

Keputusan perawat dalam penggunaan obat-obatan dan penatalaksanaan klien/ pasien yang menerima terapi farmakologi membantu dalam upaya

memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan (Helmi, 2020).

1. Analgesik

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri (Helmi, 2020). Ada tiga jenis analgesik menurut Helmi (2020) yaitu :

a. Non-narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID)

Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. NSAID non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan sedang seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, prosedur bedah minor dan episiotomy.

b. Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi dan nyeri maligna. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat.

c. Obat tambahan atau koanalgesi

Peneliti berharap penelitian ini sebagai tambahan pengetahuan dibidang keperawatan, sehingga perawat mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparotomi.

2. Analgesik Dikontrol Pasien (ADP)

Sistem pemberian obat yang disebut ADP merupakan metode yang aman untuk penatalaksanaan nyeri kanker, nyeri post operasi dan nyeri traumatik. Klien/pasien menerima keuntungan apabila ia mampu mengontrol nyeri (Helmi, 2020)

B. Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Nur'aeni (2021), merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktifitas keperawatan non farmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah.

Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obat- obatan (Smeltzer, 2021). Salah satu tanggung jawab perawat paling dasar adalah melindungi klien/pasien dari bahaya. Ada sejumlah terapi non farmakologi yang mengurangi resepsi dan persepsi nyeri yang dapat digunakan pada keadaan perawatan akut, perawatan tersier dan pada keadaan perawatan restorasi (Noorisa, 2020).

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Tamsuri (2021) terdiri dari intervensi perilaku kognitif yang meliputi:

1. Teknik Distraksi

Teknik distraksi adalah suatu proses pengalihan dari fokus satu ke fokus yang lainnya atau perhatian pada nyeri ke stimulus yang lain. Jenis Teknik Distraksi Menurut Tamsuri (2021) teknik distraksi dibagi menjadi 5, yaitu:

- a. Distraksi visual dan audio visual cara yang sering digunakan pada teknik ini adalah dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang digemari seperti: melihat film keluarga, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, melihat gambar-gambar, dan melihat buku cerita bergambar, bermain game. Teknik audio visual adalah salah satu teknik yang efektif dalam melakukan pendekatan pada anak. Cara ini digunakan dengan cara mengalihkan perhatian anak pada hal – hal yang disukai seperti menonton animasi animasi.
- b. Distraksi pendengaran seperti mendengarkan music, mendengarkan radio yang disukai atau suara burung dan binatang yang lainnya serta gemericik air. Individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik, bacaan ayat ayat suci, dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu.

Pasien juga diperkenankan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama musik seperti, menggeleng gelengkan kepala, menggerakkan jari-jemari atau mengayun ayunkan kaki.

- c. Distraksi pendengaran bernafas ritmik dianjurkan pada pasien untuk memandang fokus pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan mundur 4-1 dan kemudian mengeluarkan nafas melalui mulut secara perlahan dengan menghitung mundur 4-1 (dalam hati). Anjurkan pasien untuk fokus pada irama pernafasan dan terhadap gambar yang memberi ketenangan, teknik ini di lakukan hingga terbentuk pola pernafasan yang ritmik.
- d. Distraksi intelektual kegiatan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, bermain catur melakukan kegiatan yang di gemari (di tempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menggambar dan menulis cerita.
- e. Imajinasi terbimbing adalah kegiatan anak membuat suatu hayalan yang menyenangkan dan fokuskan diri pada bayangan tersebut serta berangsur- angsur melupakan diri dari perhatian terhadap rasa nyeri. Imajinasi terbimbing membuat anak sibuk memusatkan perhatiannya pada suatu aktivitas yang menarik dan menyenangkan, dan merubah

persepsi rasa sakit.

2. Teknik Relaksasi

Menurut Tamsuri (2021) relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi dapat memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Teknik ini dapat digunakan pada kondisi sehat dan sakit. Pengertian teknik distraksi nafas dalam adalah bentuk asuhan keperawatan, hal ini perawat mengajarkan cara teknik distraksi nafas dalam, nafas perlahan dan menghembuskan nafas secara berangsurangsur, hal tersebut dapat menurunkan rasa nyeri, ventilasi paru dapat meningkat dan oksigen darah meningkat (Asti Aristi, 2021). Tujuan dari teknik relaksasi menurut Asti Aristi (2021) antara lain:

- a. Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan.
- b. Penurunan konsumsi oksigen.
- c. Penurunan ketegangan otot.
- d. Penurunan kecepatan metabolisme.
- e. Peningkatan kesadaran secara umum.
- f. Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan.
- g. Tidak ada perubahan posisi yang volunter.
- h. Perasaan damai dan sejahtera.
- i. Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

3. Teknik stimulasi kulit

Teknik stimulasi kulit yang digunakan adalah kompres dingin ataupun kompres hangat

4. Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan faktor yang utama yang dapat mempercepat penurunan skala nyeri yang timbul pada pasien pasca operasi serta dapat mencegah terjadinya komplikasi pasca operasi. Terapi mobilisasi dini bermanfaat untuk peningkatan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri, dapat mencegah tromboflebitis, dan meningkatkan kelancaran fungsi ginjal (Darmawidyawati dkk, 2022).

2.4 Mobilisasi Dini

2.4.1 Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam setelah operasi. Mobilisasi dini dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan melakukan gerakan sederhana (seperti miring kanan- miring kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, latihan berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Banamtum, 2021).

2.4.2 Tujuan dari Mobilisasi Dini

Menurut Banamtum (2021) tujuan dari mobilisasi antara lain :

1. Mempertahankan fungsi tubuh.
2. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan

luka.

3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik.
4. Mempertahankan tonus otot.
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urin.
6. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
7. Memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau berkomunikasi.

2.4.3 Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Aiddina Fajri Manfaat mobilisasi pada post laparatomi (2020) :

1. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
Setelah bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan.
2. Faal usus dan kandung kencing lebih baik. Melakukan pergerakan akan merangsang peristaltik usus kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
3. Mobilisasi dini memungkinkan kita mengajarkan pasien segera untuk bisa mandiri. Perubahan yang terjadi pada pasien pasca operasi akan cepat pulih, dengan demikian pasien akan cepat merasa sehat (Sabella, 2021).

2.4.4 Mekanisme Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan strategi penting dalam perawatan kesehatan yang dirancang untuk mendorong pasien bergerak sesegera mungkin setelah operasi atau saat pemulihan dari penyakit akut. Berikut adalah mekanisme dan cara kerja mobilisasi dini terhadap pengurangan nyeri:

- Stimulasi Sistem Saraf dan Produksi Endorfin

Aktivitas fisik merangsang sistem saraf untuk melepaskan endorfin, yang berfungsi sebagai analgesik alami dan penenang. Endorfin membantu mengurangi persepsi nyeri dan meningkatkan perasaan nyaman.

- Meningkatkan Aliran Darah dan Sirkulasi

Mobilisasi dini meningkatkan aliran darah ke seluruh tubuh, termasuk area yang mengalami cedera atau telah dioperasi. Aliran darah yang baik membantu mengirimkan oksigen dan nutrisi penting ke jaringan yang membutuhkan penyembuhan, serta membantu mengeluarkan produk sisa metabolik.

- Pengurangan Ketegangan dan Kekakuan Otot

Gerakan dan latihan ringan membantu mencegah dan mengurangi kekakuan otot serta sendi. Ini penting karena imobilitas dapat menyebabkan kontraktur dan spasme otot yang menyakitkan.

- Peningkatan Fungsi Paru dan Pernapasan

Mobilisasi dini membantu mencegah komplikasi paru seperti pneumonia dengan meningkatkan kapasitas paru dan memperbaiki efisiensi pernapasan. Aktivitas fisik memaksa pasien untuk mengambil napas lebih

dalam, yang membantu membuka alveoli paru-paru.

- Meningkatkan Fungsi Gastrointestinal

Aktivitas fisik merangsang sistem pencernaan dan membantu mencegah ileus, kondisi di mana usus menjadi tidak aktif setelah operasi atau penyakit akut. Ini membantu dalam memulihkan fungsi normal saluran pencernaan (Yen et al., 2024).

2.4.5 Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Nyeri

Membantu pasien untuk mengurangi nyeri yang dirasakan adalah prioritas utama dalam asuhan keperawatan. Salah satu intervensi keperawatan yang bisa diberikan adalah mobilisasi dini pada pasien pasca operasi. Mobilisasi merupakan faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah. Selain itu, mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri, mencegah tromboflebitis, memberi nutrisi untuk penyembuhan pada daerah luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal. Manfaat-manfaat tersebut akan dirasakan oleh pasien apabila melakukan mobilisasi dini setelah operasi. Mobilisasi dini yang dilakukan sesegera mungkin akan berpengaruh pada proses penurunan skala nyeri. Kemudian, tindakan ini dapat mempertahankan fungsi tubuh, mempertahankan tonus otot, dan memulihkan pergerakan sedikit demi sedikit sehingga pasien *post* pembedahan dapat memenuhi kebutuhan aktivitasnya kembali (Noorisa, 2021).

Menurut penelitian yang dilakukan Darmawidyawati dkk, (2022) pada pasien rawat *Intensive Care Unit* Post Operasi Laparatomi berjumlah 33 orang didapatkan hasil penelitian dengan $p\text{-value} < 0,005$ terdapat pengaruh mobilisasi

dini terhadap penurunan skala nyeri, penelitian ini menyarankan bahwa tindakan mobilisasi dini dapat digunakan sebagai salah satu intervensi mandiri keperawatan dalam menangani masalah nyeri pada pasien post laparatomi di *Intensive Care Unit*. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Arif dkk, (2021) di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan sampel sebanyak 15 orang didapatkan hasil bivariat ada pengaruh pelaksanaan mobilisasi dini terhadap proses penyembuhan luka pasien post laparatomi ($p = 0,000$). Arif dkk menyimpulkan bahwa ada pengaruh pelaksanaan mobilisasi dini terhadap proses penyembuhan luka pasien post laparatomi. Diharapkan pada pihak rumah sakit agar membuat SOP dan brosur tentang mobilisasi dini sehingga mudah dilihat dan dipraktekkan pasien post laparatomi kepada perawat di Ruang Ambun Suri RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, dan petugas diharapkan agar mendampingi serta memotivasi pasien melakukan mobilisasi dini sesuai dengan SOP. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yuliana dkk, (2021) pada pasien laparatomi dengan jumlah sampel sebanyak 88 pasien didapatkan hasil penelitian menyatakan ada perbedaan bermakna antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi pada penyembuhan luka ($P= 0,047$) dan pada peningkatan aktivitas ($P= 0.005$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka dan peningkatan aktivitas pasien.

2.4.6 Dampak Jika Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Sebagian besar pasien setelah operasi akan merasa keberatan jika dianjurkan untuk mobilisasi dini dikarenakan masih takut dengan luka jahitannya, namun perlu diketahui bahwa beberapa hal bisa terjadi apabila

tidak segera melakukan mobilisasi dini diantaranya (Sugiyono,2020) :

1. Penyembuhan luka menjadi lama
2. Kulit di bagian punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring
3. Badan menjadi mudah lelah dan terasa pegal akibat kurang gerak
4. Lama perawatan di rumah sakit bertambah.

2.4.7 Prosedur Mobilisasi Dini

A. Pra Interaksi

1. Mengidentifikasi perlunya tindakan bagi pasien
2. Menyiapkan scenario komunikasi dan mengkaji riwayat pasien
3. Kontrak pertemuan dengan pasien (tujuan, waktu, tempat)

B. Interaksi

1. Orientasi

- 1) Memberi salam sesuai waktu
- 2) Memperkenalkan diri.
- 3) Menanyakan kondisi pasien dan kapan pasien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya
- 4) Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dilakukannya kegiatan
- 5) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi dini pada klien dan keluarga
- 6) Beri kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya
- 7) Jaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu kamar klien
- 8) Atur posisi klien nyaman mungkin

2. Kerja

- 1) Menarik nafas dalam supaya rileks
- 2) Melakukan *dosafleksi* dan *plantarfleksi* pada kaki
- 3) Melakukan gerakan ekstensi dan fleksi pada lutut
- 4) Menaikan dan menurunkan kaki secara bergantian dari permukaan tempat tidur
- 5) Miringkan badan ke kanan dan kiri setiap 2 jam
- 6) Menganjurkan pasien untuk dapat belajar duduk di sangga maupun tidak

- 7) Pasien mulai melakukan latihan turun dari tempat tidur dan memulai untuk berjalan

3. Terminasi

- 1) Evaluasi hasil: mengeksplorasi perasaan pasien
- 2) Memberikan kesempatan pada pasien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.
- 3) Tindak lanjut: menjadualkan latihan mobilisasi pada jadwal kegiatan harian klien
- 4) Kontrak: topic, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya (Banamtum, 2021)

2.4.8 Peran dan Fungsi Perawat Dalam Mobilisasi Dini

Menurut Potter & Perry (2017) peran dan fungsi perawat dalam mobilisasi dini yaitu :

1. Peran perawat sebagai *caregiver*

Membuat diagnose dari hasil pengkajian. Kemudian dilanjutkan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terkait dengan masalah mobilisasi pasien. Diawali dengan melakukan penhskajian kepada pasien tentang aspek biologis pasien seperti usia, riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik pasien, setelah itu dilanjutkan dengan untuk membuat rencana asuhan keperawatan, lalu melakukan implementasi dan evaluasi pasien

2. Peran perawat sebagai *educator*

Memberikan edukasi pada pasien dan keluarga mengenai bahaya tirah baring lama, pentingnya latihan bertahap dan mobilisasi dini, serta mencegah ketergantungan pasien dengan melakukan aktivitas kehidupan

sehari-hari sendiri semampu pasien.

3. Peran perawat sebagai *collaboration*

Melakukan kolaborasi dengan tim medis interdisiplin dengan partisipasi pasien dan keluarga mengenai tindakan mobilisasi pada pasien. Kolaborasi juga dengan ahli gizi untuk memberikan nutrisi yang adekuat, asupan cairan dan makanan yang mengandung serat serta suplementasi vitamin dan mineral.

2.4.9 Indikator keberhasilan mobilisasi dini menurut

Indikator keberhasilan mobilisasi dini menurut Potter & Perry (2017) yaitu:

A. Pengurangan Risiko Komplikasi

1. Trombosis Vena Dalam (DVT) dan Emboli Paru (PE): Mobilisasi dini dapat membantu meningkatkan aliran darah dan mengurangi risiko pembentukan bekuan darah di vena, yang bisa menyebabkan DVT dan PE.
2. Pneumonia dan Infeksi Saluran Pernafasan: Mobilisasi dini membantu meningkatkan kapasitas paru-paru, mengurangi risiko akumulasi sekret di paru-paru, yang dapat mengarah pada infeksi.

B. Waktu Pemulihan yang Lebih Singkat

1. Lama Rawat Inap: Pasien yang dimobilisasi lebih awal cenderung memiliki masa rawat inap yang lebih pendek karena komplikasi yang lebih sedikit dan pemulihan yang lebih cepat.

2. Waktu Sampai Pasien Mencapai Kemandirian Fungsional:

Indikator ini mengukur seberapa cepat pasien dapat kembali melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan.

C. Pengurangan Tingkat Nyeri

Mobilisasi dini sering dikaitkan dengan penurunan tingkat nyeri pascaoperasi. Hal ini mungkin karena pergerakan membantu mencegah kekakuan otot dan sendi, serta mempercepat penyembuhan luka.

D. Peningkatan Kualitas Hidup Pasien

Kualitas Hidup yang Ditingkatkan: Pasien yang dimobilisasi lebih awal sering melaporkan peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan, termasuk perbaikan pada aspek fisik, emosional, dan sosial.

E. Pengurangan Penggunaan Obat-Obatan

Penggunaan Analgesik yang Berkurang: Dengan pengurangan nyeri, sering kali ada penurunan kebutuhan akan analgesik atau obat penghilang rasa sakit.