

**PENGARUH *MASSAGE* PUNGGUNG TERHADAP PENURUNAN
SKALA NYERI DENGAN MENGGUNAKAN *NUMERIC RATING
SCALE (NRS)* PADA PASIEN PASCA LAPARATOMI
DI RSUD dr. H. JUSUF SK**

SKRIPSI



**OLEH:
ST.ZAKINAH
NPM. 2040703087**

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BORNEO TARAKAN
TAHUN 2022**

**PENGARUH *MASSAGE* PUNGGUNG TERHADAP
PENURUNAN SKALA NYERI DENGAN MENGGUNAKAN
NUMERIC RATING SCALE (NRS) PADA PASIEN PASCA
LAPARATOMI
DI RSUD dr. H. JUSUF SK**

SKRIPSI



**OLEH:
ST.ZAKINAH
NPM. 2040703087**

**Skripsi
sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Universitas Borneo Tarakan**

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BORNEO TARAKAN
TAHUN 2022**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa proposal penelitian dengan judul “Pengaruh Massage Punggung Terhadap Penurunan Skala Nyeri dengan Menggunakan (NRS) (*Numeric Rating Scale*) pada Pasien Pasca Laparotomi di RSUD dr. H. Jusuf SK” adalah karya saya dengan arahan dari dosen pembimbing dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka di bagian akhir skripsi ini. Penulisan ini ditulis dengan mengikuti kaidah penulisan ilmiah.

Tarakan, 01 Agustus 2022

ST. Zakinah
NPM. 2040703087

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Skripsi : Pengaruh *Massage* Punggung terhadap Penurunan Skala Nyeri dengan Menggunakan *Numeris Rating Scale* (NRS) Pada Pasien Pasca Laparatomi di RSUD dr. H. Jusuf SK
Nama : ST. Zakinah
NPM : 2040703087

Disetujui Oleh:

Pembimbing,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Najihah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0906018804

Sulidah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 196902061999031003

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul:

**PENGARUH *MASSAGE PUNGGUNG* TERHADAP PENURUNAN SKALA
NYERI DENGAN MENGGUNAKAN *NUMERIC RATING SCALE (NRS)*
PADA PASIEN PASCA LAPARATOMI
DI RSUD dr. H. JUSUF SK**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : ST. Zakinah

NPM. 2040703087

Telah disetujui sebagai laporan penelitian dan dinyatakan
telah memenuhi syarat untuk di review

Pembimbing

Najihah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0906018804

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Skripsi dengan Pengaruh massage punggung terhadap penurunan skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) pada pasien pasca laparatomi di RSUD H. Jusuf SK Laporan Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Borneo Tarakan. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini kami ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Adri Patton, M.Si selaku Rektor Universitas Borneo Tarakan
2. dr. Rustan Samsuddin, MM selaku Direktur RSUD dr. H. Jusuf SK Provinsi Kalimantan Utara.
3. Sulidah, S.Kep, Ns, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
4. Yuni Retnowati, S.ST, M.Keb selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
5. Alfianur, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Jurusan Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
6. Fitriyah Handayani, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Sekretariats Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
7. Maria Imaculata Ose, S.kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Borneo Tarakan.
8. Najihah, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen Pembimbing yang telah memberikan Bimbingan, masukan,serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan usulan penelitian ini.
9. Parida, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen penguji kedua
10. Rahmatuz Zulfia S.Kep, Ns, M.Kep Sp A. selaku dosen penguji ketiga
11. Hendy Lesmana S.Kep.Ns.,M.Kep. selaku dosen penguji keempat

12. Nurman Hidayat, S.Kep,Ns.,M.Kep selaku dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan support dan motivasi dalam menyelesaikan usulan penelitian ini.
13. Tenaga Kependidikan yang telah memberikan bimbingan, bantuan, serta arahan selama melaksanakan penyusunan proposal skripsi.
14. Keluarga yang telah memberi dukungan penuh terhadap penulis.

Kami menyadari skripsi penelitian ini tidak luput dari berbagai kekurangan. Kami perlu mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan dan perbaikannya sehingga laporan proposal skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi bidang pendidikan dan penerapan di lapangan serta bisa dikembangkan lagi lebih lanjut.

Tarakan, 01 Agustus 2022

Penulis

ST. Zakinah

PENGARUH *MASSAGE* PUNGGUNG TERHADAP PENURUNAN SKALA
NYERI DENGAN MENGGUNAKAN NUMERIC RATING SCALE (NRS)
PADAPASIEEN PASCA LAPARATOMI
DI RSUD dr. H. JUSUF SK

ABSTRAK

Massage punggung adalah salah satu teknik pemberian tindakan pijatan pada punggung dengan gerakan lambat. bertujuan untuk mengetahui pengaruh *massage* punggung terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca laparatomi di RSUD dr.H.Jusuf SK. Desain penelitian yang di gunakan adalah *pre-experimental, one group pretest-post Test Desain*. Populasi Penelitian adalah seluruh pasien post operasi laparatomi yang di rawat di tiga ruangan yaitu Dahlia, Anggrek, Asoka dan subyek penelitian adalah 21 responden yang di pilih mrnggunakan Teknik *Purposive Sampling*. Pengumpulan data dengan menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)*. Analisis data menggunakan uji *Wilcoxon Sign Rank test*. Hasil penelitian membuktikan bahwa ada pengaruh *massage* punggung terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca operasi *Laparatomi* dengan nilai $\rho = 0.001 < \alpha = 0.05$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari total 21 yang memiliki skala nyeri ringan sebanyak (42.9%), dan skala nyeri sedang sebanyak (57.1%). Pada penelitian ini, usia dewasa awal merupakan usia yang rentan terhadap nyeri yaitu sebanyak (42.9%). Disimpulkan terapi *massage* punggung dapat menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi laparatomi

Kata Kunci : *laparatomi, Massage* punggung, skala nyeri

THE EFFECT OF BACK MASSAGE ON REDUCE THE PAIN SCALE USING
THE NUMERIC RATING SCALE (NRS) IN POST LAPARATOMY
PATIENTS

AT RSUD dr. H. JUSUF SK

ABSTRACT

Back *massage* is a technique for giving *massage* action on the back with slow motion. aims to determine the effect of back *massage* on reducing pain scale in post-laparotomy patients at dr.H.Jusuf SK Hospital. The research design used was pre-experimental, one group pretest-post test design. The study population was all postoperative laparotomy patients who were treated in three rooms, namely Dahlia, Anggrek, Asoka and the study subjects were 21 respondents who were selected using a purposive sampling technique. Data collection using the *Numeric Rating Scale (NRS)*. Data analysis used the Wilcoxon Sign Rank test. The results of the study prove that there is an effect of back massage on reducing pain scale in postoperative Laparotomy patients with a value of $p = 0.001 < \alpha = 0.05$. The results showed that out of a total of 21 who had a mild pain scale (42.9%), and a moderate pain scale (57.1%). In this study, early adulthood is an age that is vulnerable to pain (42.9%). It was concluded that back massage therapy can reduce pain scale in postoperative laparotomy patients

Keywords: laparotomy, back *massage*, pain scale

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Judul.....	ii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Abstrac	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Tinjauan Pustaka	6
2.1.1 Konsep Nyeri	6
2.1.2 Konsep <i>Massage</i> Punggung	13
2.1.3 Konsep <i>Laparatomy</i>	17
2.2 Kerangka Konsep Penelitian	22
2.3 Hipotesis.....	22
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	23
3.1 Jenis Penelitian.....	23
3.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran	23
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	25
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian	25
3.5 Instrumen Penelitian dan Prosedur Penggumpulan Data	25
3.6 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	26

3.7 Etika Penelitian	27
3.8 Alur Penelitian	28
BAB 4 HASI PENELITIAN	30
4.1 Gambaran Umum Hasil Penelitian.....	30
4.2 Hasil penelitian.....	30
4.2.1 Karakteristik Responden	30
4.2.2 Analisis Univariat.....	31
4.2.3 Analisis Bivariat.....	32
BAB 5 PEMBAHASAN	34
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	37
6.1 Kesimpulan	37
6.2 Saran.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel	24
Tabel 4.1 Distribusi karakteristik berdasarkan usia.....	30
Tabel 4.2 Distribusi karakteristik berdasar kan jenis kelamin.....	31
Tabel 4.3 Distribusi frekuensi sebelum melakukan <i>Massage</i> punggung.....	31
Tabel 4.4 Distribusi frekuensi setelah di lakukan <i>Massage</i> punggung	32
Tabel 4.5 Uji normalitas sebelum dan setelah melakukan <i>Massage</i> punggung....	32
Tabel 4.6 Hasil analisis.....	33

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala nyeri	13
Gambar 2.2 Gerakan <i>massage</i> punggung	17
Gambar 2.3 Kerangka konsep	22
Gambar 3.1 Desain penelitian.....	23
Gambar 3.2 Alur penelitian.....	28

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan
- Lampiran 2` Surat Izi Penelitian
- Lampiran 3 Surat Keterangan Layak Etik
- Lampiran 4 Standar Prosedur Operasional *Massage* Punggung
- Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 6 Lembar Kuisisioner
- Lampiran 7 Hasil Analisis Data

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Laparotomi merupakan tindakan pembedahan besar yang dilakukan dengan membuat sayatan besar di perut untuk mendapatkan akses ke rongga peritoneum (Rajaretnam, 2022). Laparotomi *World Health Organization* (WHO) menguraikan pasien laparotomi di dunia meningkat setiap tahunnya sebesar 10%. Angka jumlah pasien laparotomi mencapai peningkatan yang sangat signifikan. Pada tahun 2017, terdapat 90 juta pasien operasi laparotomi di seluruh rumah sakit di dunia dan pada tahun 2018, diperkirakan meningkat menjadi 98 juta pasien pasca operasi laparotomi. Tahun 2018, di Indonesia, laparotomi menempati peringkat ke 5, tercatat jumlah keseluruhan tindakan operasi terdapat 1,2 juta jiwa, dan diperkirakan 42% diantaranya merupakan tindakan pembedahan laparotomi (Kemenkes RI, 2018). Data yang diperoleh dari RSUD dr.H. Jusuf SK menunjukkan jumlah pasien pasca bedah laparotomi pada bulan Juni-Juli 2020 berjumlah 37 orang (Rekam Medik RSUD dr. H. Jusuf SK. 2022). Komplikasi tindakan laparotomi dapat terjadi secara spesifik dan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor pada saat operasi, salah satunya dapat menyebabkan nyeri (Rajaretnam, 2022). Nyeri pasca operasi dialami segera setelah operasi, dapat berlangsung selama sehari-hari atau berminggu, hal ini terjadi karena adanya cedera atau trauma setelah operasi yang dilakukan secara invasif dan dapat menyebabkan jaringan rusak.

Jaringan yang rusak dapat melepaskan dan menghasilkan faktor-faktor yang mengaktifkan ujung saraf untuk mengeluarkan respon nyeri. Nyeri akibat pasca operasi bila dikelola dengan buruk dapat menyebabkan komplikasi dan rehabilitasi yang berkepanjangan. Small (2017) mengatakan laporan tahunan program peningkatan kualitas menyertakan data dari 79 lokasi rumah sakit di seluruh Inggris menunjukkan bahwa 48% dan 19% pasien melaporkan nyeri sedang atau berat masing-masing di

ruang rawat pasca pembedahan dalam waktu 24 jam setelah operasi. Hasil penelitian lain yang dilakukan Rohmayani, dkk (2019) pada klien pasca operasi mayor didapatkan bahwa sebagian besar (60%) klien mengalami nyeri sedang, dan sebagian kecil (23,33%) nyeri berat dan (16.67%) nyeri ringan. Penilaian nyeri yang dilakukan secara rutin setelah operasi bertujuan untuk mengukur nyeri yang dirasakan dan efektivitas manajemen nyeri. Pengukuran nyeri dapat menggunakan (*Numeric Rating Scale*). Sebuah studi kohort prospektif dari Jerman Gerbershagen (2013) dari 50.523 pasien melaporkan nyeri dengan menggunakan NRS bahwa hingga 47,2% pasien mengalami nyeri hebat (skor nyeri setidaknya 8) dalam 24 jam pertama setelah operasi. Namun, ini bervariasi tergantung pada jenis operasi yang dilakukan (Small 2017).

Penatalaksanaan nyeri pasca operasi dilakukan untuk mengurangi penderitaan, mobilisasi lebih awal, mempersingkat masa rawat inap di rumah sakit, mengurangi biaya rumah sakit, dan meningkatkan kepuasan pasien. Penatalaksanaan pasca operasi yang efektif bukanlah suatu standar aturan, melainkan disesuaikan dengan kebutuhan pasien secara individu, dengan mempertimbangkan kondisi medis, psikologis, dan fisik, usia, tingkat ketakutan atau kecemasan, prosedur operasi, pilihan subjektif dan respon terhadap agen terapeutik yang diberikan. Tujuan utama dalam pengelolaan nyeri pasca operasi adalah untuk meminimalkan dosis obat, untuk mengurangi efek samping & memberikan analgesik yang memadai. Nyeri pasca operasi masih kurang terkelola karena kendala dalam pelaksanaan pelayanan nyeri akut karena pendidikan yang kurang memadai, ketakutan akan komplikasi terkait dengan obat analgesik yang tersedia, penilaian nyeri yang buruk dan staf yang tidak memadai (Gupta, 2012). Sehingga keterlibatan perawat dalam melakukan penilaian nyeri terkait lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitasnya sangat menunjang untuk penanganan lebih awal secara efektif dan efisien.

Efektivitas manajemen nyeri bergantung pada proses pengelolaan dan penatalaksanaannya. Penatalaksanaan penanganan nyeri dapat menggunakan tindakan terapeutik dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tindakan

terapeutik dalam mengatasi nyeri dapat dilakukan dengan nafas dalam, kompres hangat, terapi *massage*, distraksi dan pemberian analgesik. Teknik nafas dalam ini dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri (Rini, 2012). Selain teknis nafas dalam, *massage* punggung digunakan sebagai salah satu tindakan non farmakologi. Terapi *massage* adalah salah satu terapi modalitas yang tidak memerlukan peralatan khusus untuk melakukannya, dapat diberikan di mana saja, dan ada kemungkinan kecil dari bahaya serius karena tindakan ini (Miake-Lye, 2019).

Tindakan *massage* punggung dilakukan dengan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi (Wirya dan Sari, 2013). Hasil penelitian Wirya dan Sari (2013) didapatkan bahwa setelah pemberian *massage* punggung pada responden yang mengalami nyeri post apendektomi, merasakan intensitas nyeri ringan sebanyak 7 orang (58,3%), intensitas nyeri sedang sebanyak 5 orang (41,7%), dan yang merasakan intensitas nyeri berat tidak ada (0%), maka mayoritas responden merasakan intensitas nyeri ringan sebanyak 7 orang (58,3%). Hal ini juga ditemukan dalam penelitian Nurhanifah (2020) dalam Saputra Edi (2020) menunjukkan adanya perbedaan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan *massage* punggung pada pasien post operasi laparatomi, hasilnya ditemukan mayoritas nyeri yang dialami nyeri skala sedang sebanyak 9 orang (60%), setelah diberikan perlakuan terdapat peningkatan persentase nyeri ringan 13% menjadi 47% dan nyeri berat dari 27% menjadi 0%, sehingga menunjukkan ada perbedaan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan *massage* punggung. Berdasarkan hasil pada kasus ini, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait pengaruh *massage* punggung terhadap penurunan keluhan nyeri berdasarkan *numeric rating scale* pada pasien pasca bedah laparatomi di RSUD dr.H.Jusuf SK.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan di atas, dirumuskan sebagai berikut: “Apakah ada pengaruh *massage* punggung terhadap penurunan skala nyeri pasien pasca laparatomi?”

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, secara umum penelitian ini memiliki dua tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Bagian tujuan umum dan khusus akan diuraikan secara rinci mengenai sebagai berikut:

A. Tujuan Umum

Untuk di ketahui pengaruh *massage* punggung terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca laparatomi di RSUD dr.H.Jusuf SK

B. Tujuan Khusus

1. Diketahui skala nyeri pasien pasca laparatomi di RSUD dr.H.Jusuf SK
2. Diketahui pengaruh efektivitas *massage* punggung terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca laparatomi di RSUD dr.H.Jusuf SK

1.4 Manfaat penelitian

A. Bagi peneliti

Kegiatan penelitian ini dapat menjadi pengalaman berharga dalam upaya mengembangkan kemampuan penulis, memberikan informasi mengenai keilmuan dan dapat memberikan simpulan mengenai pengaruh *massage* punggung terhadap penurunan skala nyeri.

B. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat menggunakan teknik *massage* punggung sebagai salah satu tindakan nonfarmakologis bagi pasien pasca laparatomi dalam upaya penurunan skala nyeri.

C. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan profesi keperawatan dan meningkatkan ilmu pengetahuan khususnya di bidang keperawatan medikal bedah tentang tindakan mandiri perawat dalam mengatasi nyeri.

D. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan dasar pertimbangan bagi pihak rumah sakit khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami nyeri dan informasi untuk penyusunan standar prosedur operasional tindakan *massage* punggung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.1 Konsep Nyeri

2.1.1.1 Defenisi Nyeri

Nyeri merupakan sebuah respon yang terjadi karena adanya kerusakan jaringan atau fungsional dengan perlahan atau secara langsung dan berintensitas ringan, sedang atau berat. Nyeri juga dapat menjadi sebuah sinyal dalam sistem saraf jika terjadi masalah sehingga dapat menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan, seperti tusukan, kesemutan, menyengat, atau terbakar. Nyeri dapat dirasakan di satu area tubuh seperti punggung, perut, dada, panggul, atau seluruh tubuh. Nyeri akut terjadi secara mendadak dalam jangka waktu pendek terjadi karena suatu penyakit, cedera, atau peradangan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penilaian nyeri dengan mudah dapat dinilai secara subjektif. Menurut Williams dan Craig (2016) nyeri adalah pengalaman somatik yang dapat dikenali bersama yang menggambarkan ketakutan seseorang akan ancaman terhadap tubuh atau integritas eksistensial mereka.

2.1.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Menurut Mutaqqin (2012), adapun faktor yang dapat mempengaruhi respon nyeri, yaitu:

1) Jenis kelamin

Laki-laki dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya (tidak pantas kalau laki-laki mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri). Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subjek penelitian yang melibatkan laki-laki dan Wanita. Akan tetapi, toleransi terhadap nyeri setiap individu.

2) Kebudayaan

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah konsekuensi yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.

3) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Teknik relaksasi, guided imagery merupakan teknik untuk mengatasi nyeri.

4) Cemas

Hubungan antara nyeri dan cemas bersifat kompleks. Cemas dapat meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri yakni memperburuk atau mengijilangkan nyeri. Individu yang sehat secara emosional biasanya lebih mampu menoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil.

5) Makna Nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi dengan nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri secara berbeda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan

6) Pengalaman

Ketika seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri sebelumnya, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya karena pengalaman keberhasilan dalam mengatasi nyerinya.

7) Pola coping adaptif

Pola coping adaptif dapat mempengaruhi seseorang dalam mencari solusi dalam mengatasi nyerinya. Dengan adanya coping adaptif dapat mempermudah seseorang

mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

8) Dukungan

Dukungan keluarga dan atau sosial individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan.

9) Keletihan

Rasa kelelahan dapat meningkatkan persepsi nyeri yang menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Hal ini dapat menjadi masalah pada klien yang menderita penyakit dalam jangka lama dan ini akan semakin berat bila disertai dengan kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat lagi.

2.1.1.3 Penggolongan Nyeri

Nyeri diklasifikasikan berdasar beberapa hal antara lain:

1) Berdasarkan waktu durasi nyeri menurut Permata (2014):

- (1) Nyeri akut yaitu nyeri yang berlangsung kurang dari 3 bulan, mendadak akibat trauma atau inflamasi, tanda respons simpatik, penderita ansietas sedangkan keluarga suportif.
- (2) Nyeri kronik yaitu nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan, hilang timbul atau terus menerus, tanda respons parasimpatik, penderita depresi sedangkan keluarga lelah.

2) Menurut Sentiger, JL (2019) penyebab nyeri yaitu :

- (1) Nyeri nosiseptif terjadi biasanya akibat cedera jaringan. Jenis nyeri nosiseptif yang umum adalah nyeri artritis, nyeri punggung mekanis, atau nyeri pascaoperasi.
- (2) Nyeri peradangan yaitu peradangan abnormal yang disebabkan oleh respons yang tidak tepat oleh sistem kekebalan tubuh. Kondisi dalam kategori ini termasuk gout dan rheumatoid arthritis.

- (3) Nyeri neuropatik yaitu nyeri yang disebabkan oleh iritasi saraf. Ini termasuk kondisi seperti neuropati, nyeri radikular, dan neuralgia trigeminal.
- (4) Nyeri fungsional yaitu nyeri tanpa asal yang jelas, tetapi dapat menyebabkan nyeri. Contoh kondisi tersebut adalah fibromyalgia dan sindrom iritasi usus besar.

2.1.1.4 Mekanisme Nyeri

Ketika rangsangan termal, mekanik, atau kimia mencapai intensitas berbahaya yang menunjukkan cedera, mereka dideteksi oleh nosiseptor, yang merupakan subpopulasi serabut saraf perifer yang ditemukan di kulit, sendi, abdomen, tulang, dan otot. Jaringan yang rusak melepaskan dan menghasilkan banyak faktor yang pada gilirannya akan mengaktifkan ujung saraf. Faktor-faktor ini termasuk globulin, protein kinase, asam arakidonat, histamin, faktor pertumbuhan saraf (NGF), zat P (SP), peptida terkait gen kalsitonin (CGRP). Faktor-faktor ini merangsang saluran transduser, dengan saluran potensial reseptor transien (TRP) menjadi contoh utama (Basbaum Al, dkk. 2019).

Menurut Basbaum, Besson, & Lee, dalam Chen, dkk (2021) menyatakan bahwa saluran TRP berfungsi mirip dengan saluran kalium berpintu tegangan atau saluran berpintu nukleotida dan dengan demikian membantu menginisiasi potensial reseptor, akibatnya menginduksi potensial aksi di serabut saraf. Dua kelas utama nosiseptor termasuk aferen bermielin diameter sedang (A-delta) yang menyampaikan nyeri cepat akut yang terlokalisasi dengan baik dan serat “C” berdiameter kecil tidak bermielin yang menyampaikan nyeri lambat yang terlokalisasi dengan buruk. Berdasarkan studi elektrofisiologi, nosiseptor A-delta dapat dibagi lagi menjadi kelas A-delta Tipe I dan Tipe II. Tipe I A-delta nosiseptor berfungsi untuk merespon rangsangan mekanik dan kimia tetapi umumnya mendeteksi panas hanya pada ambang batas yang lebih tinggi (lebih dari 50°C). Sebaliknya, nosiseptor A-delta Tipe II memiliki sensitivitas yang jauh lebih besar terhadap panas tetapi memiliki ambang mekanis yang sangat tinggi.

Jadi, dalam situasi rangsangan mekanis langsung (misalnya, tusukan jarum), nosiseptor A-delta Tipe I diprovokasi terlebih dahulu, sedangkan, dalam kasus panas berbahaya akut, aktivitas nosiseptor A-delta Tipe II kemungkinan pertama kali dipicu. Mirip dengan nosiseptor A-delta, sebagian besar serat C yang tidak bermielin adalah polimodal dan dengan demikian merespons rangsangan berbahaya mekanis dan termal. Nosiseptor yang diam juga termasuk dalam kelas nosiseptor ini. Aferen ini merespon lebih sensitif terhadap rangsangan kimia (misalnya, capsaicin dan histamin) tetapi secara mekanis tidak responsif kecuali didahului oleh cedera jaringan.

Nosiseptor terdapat di organ abdomen, kulit, sendi, tulang, dan otot, pertimbangan penting adalah bahwa tidak ada nosiseptor yang ditemukan di Sistem Saraf Pusat (SSP) inilah alasan kraniotomi dapat dilakukan, dan tidak menyakitkan bagi pasien. Menurut Garland EL (2012) modalitas sensorik spesifik yang mengarah ke nosiseptif berbeda tergantung pada jenis jaringan:

1. Pada kulit, rangsangan berbahaya umumnya termal, mekanik (misalnya, luka), dan kimia (misalnya, alergen eksogen)
2. Pada persendian, rangsangan berbahaya biasanya berasal dari stres mekanis (misalnya, torsi sendi yang berlebihan) dan peradangan kimia
3. Pada organ abdomen : distensi mekanis, traksi, serta iritasi kimia biasanya bertanggung jawab atas sinyal nosiseptif.
4. Pada otot, aktivitas mekanis yang berat (misalnya, gaya tumpul, peregangan berlebihan) dan modalitas kimia adalah yang paling umum.

Transduksi sinyal nosiseptif ke otak inilah yang menimbulkan persepsi nyeri. Fenomena biopsikososial kompleks nyeri terjadi di daerah kortikal dan subkortikal, seperti talamus, amigdala, hipotalamus, abu-abu periaqueductal, ganglia basal dan area korteks serebral. Sementara dalam situasi khas, nosiseptif biasanya mendahului persepsi nyeri, ada keadaan klinis di mana antarmuka ini tidak tumpang tindih. Nosisepsi dapat terjadi tanpa kesadaran nyeri berikutnya, dan nyeri dapat hadir tanpa stimulus berbahaya yang mendasari terukur. Misalnya, yang pertama setelah trauma parah ketika korban sangat bebas rasa sakit meskipun cedera besar yang terakhir dapat

diamati dengan individu yang menderita sindrom nyeri fungsional yang melaporkan rasa sakit yang substansial tanpa tanda-tanda kerusakan fisik (Garland EL, 2012). Beberapa faktor juga dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Menurut Cooke DF, Barz J (dkk) dalam Chen JS, dkk (2021) mekanisme saraf untuk nyeri dan nosiseptif memiliki fungsi adaptif dalam meminimalkan kerusakan jaringan dari lingkungan. Ada beberapa kategori operasional perilaku nyeri. Penarikan diri sebagai tindakan refleks sederhana yang paling sering dikaitkan dengan nyeri akut akibat cedera, refleks tulang belakang mengaktivasi nosiseptor.

Menurut Basbaum Al, Besson JM, Lee SJ dalam Chen JS, dkk (2021) menyatakan melalui aksi berbagai mediator inflamasi disekresikan di tempat cedera untuk merangsang aktivasi nosiseptor. Nosiseptor aferen dari perifer mengirimkan sinyal berbahaya ke neuron proyeksi yang terletak di kornu dorsalis medula spinalis. Sel-sel di punggung berada di lapisan bagian fisiologis yang berbeda disebut lamina. Berdasarkan jenis sinaps di lamina yang dibentuk oleh serat nosiseptif, subset dari neuron proyeksi ini akan menyampaikan informasi ke korteks somatosensori melalui talamus, yang memberikan informasi mengenai fitur spasial dan intensitas stimulus nyeri. Mengingat perbedaan antara nyeri dan nosiseptif, penting juga untuk mempertimbangkan berbagai jalur saraf yang terlibat dalam komponen kortikal afektif dari pengalaman nyeri. Proses ini difasilitasi oleh neuron proyeksi yang melibatkan cingulate dan korteks insular melalui koneksi dengan nukleus parabrachial dari batang otak serta dengan amigdala dan dianggap sebagai jalur menaik yang memulai persepsi sadar nyeri. Informasi menaik juga dapat mendorong neuron dari medula ventral rostral dan otak tengah abu-abu periaqueductal untuk melibatkan sistem umpan balik turun yang mengatur output dari sumsum tulang belakang, dan dengan demikian memodulasi sensasi nyeri. Hal ini terjadi melalui pelepasan hormon dan bahan kimia (misalnya, opioid endogen, GABA, glisin) yang dapat memiliki sifat analgesik untuk membatasi sensasi nyeri. Sebaliknya, zat seperti zat P, glutamat, dan aspartat dapat bekerja pada sumsum tulang belakang untuk merangsang persepsi rasa sakit.

Stimulasi lokal A-delta dan A-beta juga berfungsi untuk memodulasi transmisi informasi nyeri melalui eksitasi interneuron. Interneuron ini memberikan efek penghambatan pada neuron proyeksi tanduk dorsal yang memberi sinyal ke sistem anterolateral. Ini adalah mekanisme utama di balik menggosok luka dalam upaya untuk mengurangi rasa sakit yang tajam (Braz J, dkk. 2014). Ada sejumlah proses psikologis di balik persepsi nyeri. Orientasi perhatian pada sensasi nyeri dan sumbernya dapat berfungsi untuk meningkatkan pengalaman nyeri. Misalnya, pasien dengan somatik dan hipokondriasis ditemukan terlalu memperhatikan sensasi tubuh, memperkuatnya sebagai rasa sakit. Demikian pula, faktor-faktor lain seperti penilaian kognitif makna sensasi, reaksi emosional dan psikofisiologis, harapan, dan keterampilan mengatasi semua dapat berfungsi sebagai umpan balik untuk mempengaruhi persepsi nyeri.

2.1.1.5 Penatalaksanaan Nyeri

2.1.1.5.1 Intervensi Keperawatan

Perawat membantu dalam mengurangi nyeri dengan memberikan intervensi penghilang nyeri (pendekatan farmakologi maupun nonfarmakologi), mengkaji keefektifan intervensi tersebut, dan memantau efek yang merugikan. Strategi penatalaksanaan nyeri terdiri atas intervensi yang bersifat independent atau nonfarmakologi dan intervensi kolaboratif atau pendekatan farmakologi. Pendekatan ini diseleksi berdasarkan kebutuhan dan tujuan klien secara individu. Semua intervensi akan sangat berhasil bila dilakukan sebelum nyeri menjadi lebih parah, dan keberhasilan terbesar sering dicapai jika beberapa intervensi diterapkan secara bersamaan.

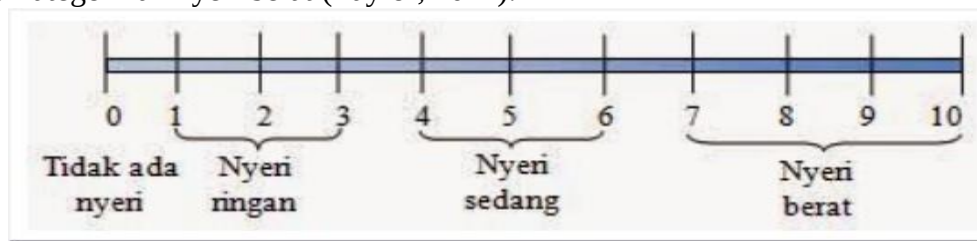
2.1.1.6. Pengkajian Karakteristik Nyeri Berdasarkan PQRST

1. P: *Provoking Incident* yaitu apakah ada peristiwa yang menjadi faktor terjadinya nyeri, tindakan atau cara yang dilakukan saat nyeri timbul
2. Q: *Quality or quantity of pain* yaitu bagaimana rasa nyeri digambarkan oleh klien, menusuk, tumpul, terbakar, berdenyut dsbnya

3. R: *Region* yaitu di mana letak atau lokasi nyeri yang dirasakan, apakah menjalar atau menyebar atau referred pain, nyeri akibat kelainan dari tempat yang lain
4. S: *Severity (scale) pain*: seberapa jauh nyeri yang dirasakan. Klien dapat memberikan penilaian atau penggambaran yang dapat terukur sesuai skala yang digunakan seperti VAS, NRS, VRS atau FPS-R.
5. T: *Time* yaitu berapa lama nyeri berlangsung (bersifat akut atau kronik), kapan, apakah ada waktu tertentu yang menambah rasa nyeri.

2.1.1.7 Pengukuran Derajat Nyeri dengan *Numeric Rating Scale (NRS)*

Intesitas nyeri dapat digambarkan melalui tingkat keparahan yang dirasakan oleh individu, sehingga perlu dilakukan penilaian yang akurat. Penggunaan skala intensitas nyeri merupakan cara yang mudah dan reliabel untuk menilai intensitas nyeri. Pengukuran skala nyeri dalam penelitian ini menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)*. Skala penilaian numerik lebih digunakan sebagai pengganti alat deskripsi. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. Skala menunjukkan kisaran 0-10 dengan angka 0 menandakan “tanpa nyeri” dan angka 10 menandakan “kemungkinan nyeri terburuk” untuk individu tersebut. Kategori nyeri dengan skor 1-3 dikategorikan nyeri ringan, skor 4-6 dikategorikan nyeri sedang dan skor 7-10 dikategorikan nyeri berat (Taylor, 2011).



Gambar 2.1 Skala Nyeri NRS

2.1.2 Konsep *Massage* Punggung

2.1.2.1 Defenisi *Massage* Punggung

Massage Punggung adalah salah satu teknik pemberian tindakan pijatan pada punggung dengan gerakan lambat. Penekanan dengan lotion/balsem memberikan sensasi hangat dengan menyebabkan dilatasi pembuluh darah lokal. Vasodilatasi pembuluh darah akan meningkatkan sirkulasi darah di area tersebut sehingga aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa sakit dan mendukung proses penyembuhan. Gerakan-gerakan dasar meliputi: gerakan memutar yang dilakukan oleh telapak tangan, gerakan menekan dan mendorong ke depan dan ke belakang menggunakan tenaga, menepuk-nepuk, memotong-motong, meremas-remas, dan gerakan meliuk-liuk (Yuwanto, 2018).

2.1.2.2 Tujuan *Massage* punggung

Tujuan relaksasi *Massage* adalah mengurangi ketegangan otot, membantu melancarkan sirkulasi darah, memberikan rasa rileks pada tubuh, menghilangkan stress (Wuryani, 2015). Area *Massage* yang baik dilakukan adalah pada area punggung. *Massage* dapat meningkatkan aliran darah serta nutrisi ke area tertentu dan meningkatkan ekskresi produk limbah seperti asam laktat yang akan menghasilkan pelepasan energi dan penurunan fatigue pada pasien yang menjalani hemodialisis (Rohmah, 2017). Terapi *Massage* juga dapat memberikan rasa tenang dan menghilangkan rasa cemas apabila dikombinasikan dengan wangi-wangian seperti aromaterapi (Rohmah, 2017).

2.1.2.3 Manfaat *Massage* Punggung

Massage tidak hanya memberikan relaksasi secara menyeluruh, namun juga bermanfaat bagi kesehatan seperti melancarkan sirkulasi darah, menurunkan tekanan darah, menurunkan respon nyeri, dan meningkatkan kualitas tidur (Afrila, 2015). Terapi dilakukan 12-15 kali pijatan dalam satu menit dalam waktu 3-10 menit. Usapan

yang panjang dan lembut memberikan kesenangan dan kenyamanan bagi klien, sedangkan usapan yang pendek dan sirkuler cenderung bersifat menstimulasi (Afrila, 2015). Terapi ini memiliki efek relaksasi dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis sehingga terjadi vasodilatasi arteriol kemudian menurunkan tekanan darah.

2.1.2.4 Metode *Massage Punggung*

Metode *Massage punggung* dilakukan 12-15 kali pijatan dalam satu menit dalam waktu 3-10 menit. Usapan yang panjang dan lembut memberikan kesenangan dan kenyamanan bagi klien, sedangkan usapan yang pendek dan sirkuler cenderung bersifat menstimulasi (Afrila, 2015). Gerakan dimulai pada bagian tengah punggung bawah kemudian ke arah atas area belahan bahu kiri dan kanan. (Rossalinda, 2015).

2.1.2.5 Mekanisme Kerja *Massage Punggung*

Slow stroke back Massage menstimulasi saraf-saraf di superfisial di kulit yang kemudian diteruskan ke otak di bagian hipotalamus. Sistem saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin. Pengeluaran endorfin mengakibatkan meningkatnya kadar endorfin dalam tubuh. Peningkatan hormon endorfin merangsang produksi hormon dopamin dan hormon serotonin. Pengeluaran hormon endorfin dapat memblokir transmisi stimulus nyeri sehingga menurunkan kecemasan dan nyeri (Kurniawan, 2016).

2.1.2.6 Indikasi dan Kontraindikasi *Massage Punggung*

Gangguan kualitas tidur pada pasien pasca operasi akibat nyeri dapat diatasi dengan terapi farmakologis dan nonfarmakologi, untuk terapi farmakologi atau terapi komplementer dapat diberikan stimulus *Massage punggung*. Terapi ini yaitu memberikan sentuhan pada punggung selama 3-10 menit. Beberapa penelitian yang menggunakan terapi ini menemukan bahwa intervensi keperawatan ini sangat membantu dalam relaksasi dan peningkatan tidur (Kurniawan, 2016). Berdasarkan

beberapa penelitian yang dilakukan indikasi untuk terapi ini yaitu: penurunan intensitas nyeri, menurunkan kecemasan dan meningkatkan kualitas tidur. Terapi ini tidak boleh dilakukan pada kulit daerah punggung yang mengalami luka bakar, memar, ruam kulit, inflamasi, dan kulit dibawah tulang yang fraktur dikarenakan memijat jaringan yang sensitif dapat menyebabkan cedera jaringan yang lebih lanjut sedangkan memijat di daerah kulit yang kemerahan meningkatkan kerusakan kapiler pada jaringan dibawahnya.

2.1.2.7 Prosedur Pelaksanaan *Massage Punggung*

Prosedur pelaksanaan menurut Rossalinda (2015), sebagai berikut :

1. Fase Orientasi: mengucapkan salam, memperkenalkan diri, kontrak waktu, menjelaskan tujuan, menanyakan kesediaan klien menjadi responden
2. Fase Kerja: Klien dipersilahkan untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bisa tidur, miring, telungkup, atau duduk, membuka punggung klien, bahu, dan lengan atas. Sebelum melakukan *Massage*, dilakukan pemeriksaan lokalis terlebih dahulu. Setelah itu perawat mencuci tangan dengan air hangat. Tuangkan aroma terapi ke telapak tangan atau campurkan ke dalam air hangat. Tuang sedikit aroma terapi di tangan. Jelaskan pada responden bahwa akan terasa dingin dan basah. Gunakan aroma terapi sesuai kebutuhan. Melakukan usapan pada punggung dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan sesuai dengan metode di atas selama 3- 10 menit. Jika responden mengeluh tidak nyaman, prosedur langsung dihentikan diakhiri usapan dengan gerakan memanjang dan beritahu klien bahwa perawat mengakhiri usapan. Membersihkan kelebihan dari lubrikan dari punggung klien dengan handuk mandi, membantu klien memakai bajunya Kembali, membantu klien pada posisi yang nyaman dan merapikan alat dan cuci tangan.
3. Fase Terminasi: Menyampaikan hasil tindakan dan dokumentasi, menyampaikan rencana tindak lanjut dan berpamitan.

Langkah- langkah *massase* punggung:

- a. Persiapan alat yaitu
 - Minyak zaitun untuk *masase*
 - Tisu
 - Handuk mandi besar
 - Satu buah handuk kecil
 - Bantal
- b. Prosedur tindakan
 - Memberi waktu bagi klien untuk mempersiapkan diri
 - Mengetahui kondisi klien
 - Memberi posisi yang nyaman sesuai dengan keinginan klien agar klien tidak merasa tertekan dan tetap rileks
 - Meminta pasien untuk menarik nafas dalam melalui hidung dan mengeluarkan lewat mulut secara perlahan sampai pasien merasa rileks
 - Tuangkan minyak zaitun pada telapak tangan kemudian gosokan kedua tangan hingga hangat.
 - Letakkan kedua tangan pada punggung pasien, mulai dengan gerakan mengusap dan bergerak dari bagian panggul menuju sacrum
 - Buat gerakan melingkar kecil dengan menggunakan ibu jari menuruni area tulang belakang, gerakkan secara perlahan berikan penekanan arahkan penekanan kebawah sehingga tidak mendorong pasien kedepan
 - Usap bagian lumbar atau punggung bawah dari arah kepala ke tulang ekor, untuk mencegah terjadinya lordosis lumbar
 - Bersihkan minyak atau lotion pada punggung klien
 - Rapiakan klien ke posisi semula
 - Beritahu bahwa tindakan telah selesai
 - Bereskan peralatan yang telah digunakan
 - Cuci tangan



Gambar 2.2 Contoh gerakan *massase* punggung

2.1.3 Konsep Laparatomi

2.1.3.1 Pengertian

Laparotomi, juga dikenal sebagai seliotomi, dilakukan dengan membuat sayatan besar di perut untuk mendapatkan akses ke rongga peritoneum. Laparotomi standar biasanya melibatkan sayatan garis tengah sagital di sepanjang linea alba. Laparotomi berasal dari bahasa Yunani yaitu *lapara* yang berarti panggul dan *tomi* yang berarti memotong. Dalam praktik bedah, ini berarti sayatan besar di perut untuk mendapatkan akses ke rongga peritoneum. Biasanya, laparotomi standar adalah pemotongan yang dibuat di garis tengah sepanjang linea alba. Di Inggris, ini adalah prosedur umum dengan sekitar 30.000 hingga 50.000 dilakukan setiap tahun (Rajaretnam, Niroshini, dkk, 2022).

2.1.3.2 Anatomi dan Fisiologi

Dinding perut membungkus rongga perut dan melindungi organ dalam perut. Lapisan dinding perut anterior yang mungkin ditemui dalam laparotomi meliputi dari superfisial ke dalam: kulit, lemak subkutan, fasia Camper, fasia Scarpa, otot oblik eksternal, otot oblik internal, otot rektus abdominis, otot abdominis transversal, otot piramidalis, fasia transversalis, dan peritoneum. Otot rektus abdominis adalah dua otot

vertikal panjang di kedua sisi garis tengah di dinding perut. Kedua rektus bergabung di garis tengah oleh linea alba, bidang avaskular fibrosa yang membentang dari prosesus xiphoid dari sternum di superior ke simfisis pubis di inferior. Batas lateral kedua sisi otot ini menciptakan tanda permukaan yang dikenal sebagai linea semilunaris. Otot ini dibagi oleh persimpangan berserat yang bergabung dengan linea alba untuk memberikan kesan six-pack yang terkenal. Rektus abdominis menempel pada krista pubis dan berinsersi ke dalam prosesus xiphoid dan kartilago kosta iga. Ini dianggap sebagai otot datar yang menekan visera abdomen dan menstabilkan panggul selama gerakan seperti berjalan. Ini dipersarafi oleh saraf thoracoabdominal yang disuplai oleh akar saraf T7-T11. Piramida, seperti namanya, adalah otot segitiga kecil. Hal ini ditemukan superfisial dan inferior ke rektus abdominis melekat pada linea alba dan memiliki basis di tulang pubis. Otot rektus abdominis dan piramidalis terbungkus dalam selubung rektus yang dibentuk oleh aponeurosis dari oblikus eksterna, oblikus interna, dan transversus abdominis. Selubung rektus terdiri dari komponen anterior dan posterior. Selubung rektus anterior – terbuat dari aponeurosis oblikus eksterna dan setengah oblikus interna. Selubung rektus posterior – terbuat dari aponeurosis oblikus eksterna dan setengah oblikus interna. Namun, tidak ada selubung rektus posterior di bawah garis arkuata. Titik ini kira-kira di pertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis dan oleh karena itu menempatkan fasia transversalis dalam kontak langsung dengan rektus abdominis. Suplai darah ke dinding perut dapat dianggap sebagai suplai ganda. Pasokan pertama terdiri dari arteri epigastrika inferior dan superior membentuk arcade epigastrium dalam, yang ditemukan antara otot rektus abdominis dan selubung rektus posterior (juga dikenal sebagai bidang retrorectus). Otot rektus disuplai oleh pembuluh perforasi yang juga bercabang untuk mensuplai linea alba. Suplai utama lainnya adalah arteri segmental yang muncul dari aorta untuk mensuplai otot oblik dan otot transversal. Ini berjalan antara otot miring internal dan melintang. Saraf thoracoabdominal, saraf iliohypogastric dan ilioinguinal, dan cabang ventral dari 5 sampai 12 saraf toraks semuanya berkontribusi pada persarafan dinding perut (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022).

2.1.3.3 Indikasi

Indikasi untuk laparotomi dalam situasi ini, apakah darurat atau elektif, laparotomi yang lebih tradisional tetap menjadi andalan. Secara umum, situasi ini termasuk perlengketan padat multipel dari operasi sebelumnya atau kondisi inflamasi, usus yang terlalu buncit pada obstruksi usus atau asites masif pada pasien dengan penyakit hati atau jantung stadium akhir. Kondisi darurat seperti perdarahan intraperitoneal akut, perdarahan saluran cerna yang tidak terkontrol, cedera abdomen tumpul atau tembus, sepsis intraperitoneal generalisata akibat perforasi saluran cerna masih merupakan indikasi yang paling umum untuk laparotomi. Prosedur elektif yang melibatkan spesimen besar, seperti Pancreaticoduodenectomy, transplantasi pankreas atau usus juga merupakan indikasi untuk laparotomi (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022)

2.1.3.4 Kontraindikasi

Kontraindikasi yang paling penting untuk diperhatikan adalah pasien yang tidak layak untuk anestesi umum yang kemungkinan akan disebabkan oleh kombinasi faktor termasuk komorbiditas, sepsis, ketidakstabilan hemodinamik, dan penyakit ganas metastasis luas. Keinginan pasien juga sangat penting karena merupakan hak mereka untuk mengatakan tidak pada laparotomi (apa pun indikasinya) jika mereka memiliki kapasitas untuk membuat keputusan itu. Evaluasi klinis yang menyeluruh dan pemeriksaan radiologis yang relevan sangat penting karena seseorang harus selalu memiliki indeks kecurigaan yang tinggi untuk kondisi medis yang mungkin menyerupai perut akut sehingga menyebabkan indikasi yang salah untuk laparotomi seperti pankreatitis akut, krisis hiperglikemik, asam urat, gastritis atau infeksi saluran kemih (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022).

2.1.3.5 Teknik

Sayatan berikut digunakan untuk akses ke rongga perut:

1. Pendekatan Garis Tengah/Median

Prosedur yang paling umum adalah laparotomi garis tengah di mana sayatan dibuat di tengah perut di sepanjang linea alba. Ukuran sayatan dapat dibatasi tergantung pada lokasi patologi. Misalnya, masalah gastrointestinal bagian atas mungkin tidak memerlukan sayatan garis tengah bagian bawah. Namun, keputusan selalu dapat diperpanjang untuk mendapatkan lebih banyak akses jika diperlukan. Beberapa ahli bedah akan melengkungkan sayatan mereka di sekitar umbilikus; namun, teknik yang lebih menyenangkan secara kosmetik termasuk mencabut umbilikus dari garis tengah menggunakan penjepit *littlewood* untuk menjaga sayatan tetap lurus secara vertikal. Sayatan biasanya dibuat dengan pisau bedah, meskipun pemotongan kauter juga merupakan pilihan untuk pemotongan kulit. Kemudian, kauter koagulatif digunakan untuk membedah lemak subkutan dan lapisan fascia superfisial sampai ke selubung rektus. Karena linea alba adalah tempat pertemuan aponeurosis, ini adalah bidang avaskular, dan oleh karena itu otot tidak boleh ditemui. Setelah dibedah melalui selubung rektus (komponen anterior dan posterior), dua klip Fraser-kelly dapat diterapkan ke peritoneum dan diangkat. Gunting McIndoe kemudian dipotong di antara klip yang seharusnya memungkinkan akses ke rongga peritoneum. Ahli bedah kemudian memasukkan jarinya ke dalam lubang yang dibuat dan memperlebar sayatan di peritoneum, berhati-hati agar tidak melukai struktur di bawahnya seperti usus (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022).

2. Pendekatan Paramedian

Pendekatan ini mirip dengan pendekatan garis tengah; namun, sayatan vertikal dibuat di lateral linea alb untuk memungkinkan akses ke struktur lateral/retroperitoneal seperti ginjal dan kelenjar adrenal. Linea semilunaris, yang merupakan batas lateral rektus, biasanya digunakan sebagai penanda. Sayatan paramedian meningkatkan kemungkinan atrofi otot, hematoma, dan cedera saraf karena lebih mungkin bagi ahli bedah untuk menemukan berbagai pembuluh darah dan saraf yang memasok otot-otot dinding perut (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022).

3. Pendekatan Transversal

Seperti namanya, pendekatan ini menggunakan sayatan melintang di lateral umbilikus (dibandingkan dengan pendekatan sebelumnya yang vertikal). Ini adalah pendekatan yang umum karena menyebabkan kerusakan paling sedikit pada suplai saraf ke otot perut karena mengikuti dermatom, dan sembuh dengan baik. Rektus abdominis yang diinsisi sembuh menghasilkan persimpangan tendinus baru. Contoh di mana ini digunakan adalah pada hemikolektomi kanan terbuka (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022).

4. Pendekatan Pfannenstiel

Sayatan Pfannenstiel dibuat 5 cm di atas simfisis pubis dengan cara melengkung melintang untuk mendapatkan akses ke rongga panggul. Saat melakukan sayatan ini, hati-hati agar tidak melubangi kandung kemih karena fascia di sekitar kandung kemih tipis. Loop usus juga bisa sering ditemui di sini. Sayatan ini biasanya digunakan pada seksio sesarea darurat serta tempat ekstraksi untuk spesimen patologis yang telah dieksisi di tempat lain di dalam rongga perut (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022).

5. Pendekatan Subkostal

Sayatan ini dimulai di bawah prosesus xiphoid dan meluas ke inferior dan sejajar dengan tepi kosta. Sayatan harus setidaknya dua lebar jari di bawah batas kosta untuk mengurangi risiko nyeri pasca operasi dan penyembuhan luka yang buruk. Ini digunakan untuk mengakses kantong empedu dan hati ketika dilakukan di sisi kanan dan limpa ketika di sisi kiri. Jika kedua sayatan subkostal kiri dan kanan bergabung bersama di garis tengah, mereka membentuk sayatan atap (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022).

2.1.3.6 Komplikasi

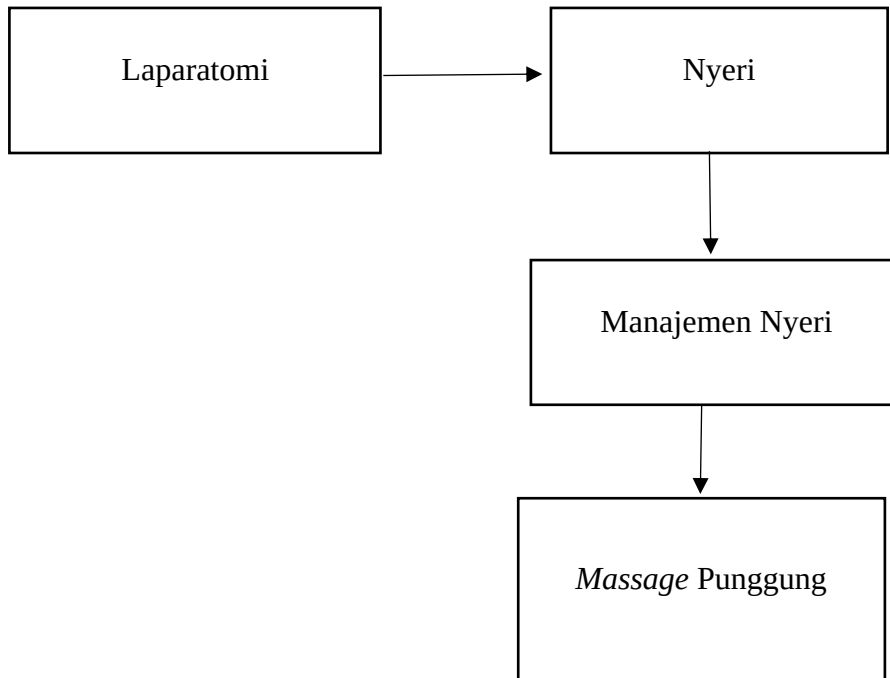
Komplikasi laparotomi bisa spesifik lokasi atau umum tetapi biasanya dipengaruhi oleh faktor-faktor pada saat operasi. Dengan demikian, dapat diklasifikasikan sebagai terkait pasien atau tergantung operator dan, tentu saja, harus memperhitungkan operasi itu sendiri. Kemungkinan komplikasi yang muncul yaitu perdarahan, infeksi, memar seroma/hematoma dehiscence luka, nekrosis, hernia

insisional, nyeri kronis, kulit mati rasa, dan fistulasi dengan struktur di bawahnya (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022)..

2.1.3.7 Kondisi Klinis

Istilah laparotomi menyiratkan operasi besar yang berpotensi di sebagian besar kalangan bedah, bagaimanapun, tidak menetapkan nama operasi apa yang akan dilakukan pasien setelah sayatan terbuka besar dilakukan. Dengan kemajuan dalam bedah invasif minimal dan robotika, sayatan terbuka lebih jarang digunakan kecuali jika diindikasikan secara klinis, seperti dalam situasi darurat di mana akses ke perut harus cukup cepat atau di mana lingkungan intra-abdomen tidak dapat menerima teknik lain. Oleh karena itu sangat penting bahwa pasien diresusitasi dengan tepat, elektrolit, dan sepsis dikelola, dan berhati-hati saat membuat potongan bedah untuk meminimalkan gangguan pada fisiologi pasien (Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022).

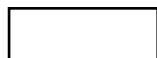
2. 2 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :



: tidak diteliti



: diteliti

Gambar 2.3 Kerangka konsep penelitian pengaruh *Massage* punggung terhadap penurunan skala nyeri pasien pasca laparatomy

2.3 Hipotesis

Ha: Ada pengaruh *Massage* punggung terhadap penurunan skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) pada pasien pasca laparatomy di RSUD dr.H.Jusuf SK.

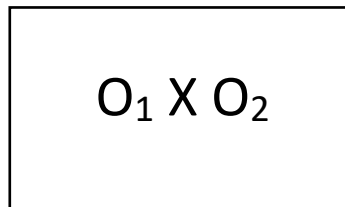
Ho: Dugaan diterima

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Pada penelitian ini, penulis melakukan penelitian kuantitatif dengan menggunakan jenis penelitian metode *pre-experimental design* tipe *one group pretest-posttest* (tes awal – tes akhir kelompok tunggal). *One group pretest-posttest design* adalah bentuk kegiatan penelitian yang menggunakan *pretest* (tes awal) sebelum diberikan *treatment* setelah itu diberikan *posttest* (tes akhir). Dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian sebelum dan sesudah perlakuan dapat dibandingkan dan lebih akurat. Menurut Sugiyono (2013) pola penelitian metode *one group pretest-posttest* sebagai berikut:



Gambar 3.1 Desain penelitian

Keterangan :

O_1 = Nilai pretest (sebelum perlakuan)

X = *massage* punggung

O_2 = nilai posttest (setelah diberikan perlakuan)

3.2 Variabel Penelitian, Defenisi Operasional dan Skala Pengukuran

3.2.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian yaitu suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian diterik kesimpulan (Sugiyono, 2011). Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas (*independent*) yaitu *massage* punggung
2. Variabel terikat (*dependent*) yaitu skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS)

3.2.2 Defenisi Operasional

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka konsep maka defenisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Skala nyeri	Persepsi responden mengenai tingkat nyeri yang dirasakan sebelum dan sesudah dilakukan <i>massage</i> punggung yang ditunjukkan dengan cara responden melaporkan tingkat nyeri yang telah dijelaskan sebelumnya oleh peneliti dengan skala nyeri dari angka 0 sampai 10 (kategori tidak nyeri sampai nyeri berat)	<i>Numeric Rating Scale (NRS)</i>	Interpretasi skor untuk kriteria hasil, antara lain: 1). 0 = tidak ada nyeri 2). 1-3 = nyeri ringan 3). 4-6 = nyeri sedang 4). 7-10 = nyeri berat (McCaffery, Beebe et al. 1989).	Ordinal
<i>Massage</i> punggung	Dilakukan 12-15 kali pijatan dalam satu menit dalam waktu 3-10 menit, dimulai pada bagian tengah punggung bawah kemudian ke arah atas	Panduan <i>massage</i> punggung	-	-

area belahan bahu kiri
dan kanan.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr.H.Jusuf SK di ruang perawatan Dahlia, Anggrek A dan Asoka. Ruangan-ruangan tersebut merupakan ruang rawat inap dewasa yang memiliki pasien pasca laparotomi di RSUD dr.H.Jusuf SK.

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober dan November 2022.

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai dan karakteristik tertentu oleh peneliti untuk di pelajari dan kemudian di tarik kesimpulanya Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien pasca laparotomi yang dirawat di 3 ruangan yaitu Dahlia, Anggrek A dan Asoka sebanyak 37 pasien pada bulan Juni dan Juli tahun 2022.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah responden yang dirawat pasca bedah yang memenuhi kriteria penelitian dan secara kebetulan dijumpai selama proses pengumpulan data dan dilibatkan sebagai subjek penelitian (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini sampel yang digunakan adalah semua populasi yang memenuhi kriteria sebagai subjek penelitian. Menurut Roscoe 1975 dalam Sugiyono (2019) untuk menemukan jumlah sampel penelitian sederhana jumlah sampel 10-20.

3.5 Instrumen Penelitian dan Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Formulir Persetujuan bersedia menjadi responden penelitian dan menjelaskan tujuan dilakukannya *massage* punggung
2. Lembar data umum responden terdiri dari nomor responden, inisial responden, umur responden, jenis operasi, jenis kelamin responden disertakan skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS) yaitu untuk mengetahui skala nyeri pasien yang dilakukan dengan menyebutkan rentang skala nyeri 0-10. Pasien diminta untuk menunjuk skala nyerinya pada salah satu angka yang dianggap paling tepat menggambarkan nyeri yang dialami.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap RSUD dr. H. Jusuf SK dengan proses sebagai berikut:

1. Mengurus surat permohonan dari Universitas Borneo yang ditujukan kepada Direktur Utama RSUD dr. H. Jusuf SK.
2. Peneliti melakukan pengajuan etik penelitian kepada komite etik perawat RSUD dr. H. Jusuf SK (No: 077/KEPK-RSUD KALTARA/X/2022)
3. Peneliti melakukan pengajuan bimbingan *massage* punggung kepada fisioterapi.
4. Peneliti melakukan pendekatan dan memberikan penjelasan kepada calon responden yang sesuai kriteria inklusi dan eksklusi untuk menjelaskan tentang tujuan, manfaat, prosedur peneliti.
5. Memberikan *informed concent* kepada calon responden untuk ditandatangani.
6. Peneliti memberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner.
7. Memberikan waktu kepada responden untuk mengisi sendiri kuesioner dan mendampingi saat memberikan kuesioner jika ada pertanyaan yang kurang jelas.
8. Setelah seluruh pertanyaan dalam kuesioner dijawab, maka peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kelengkapan data.
9. Peneliti melakukan tindakan *massage* punggung sesuai panduan

10. Setelah dilakukan tindakan *massage* punggung, peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk mengisi kembali kuesioner.
11. Peneliti melakukan pengumpulan, pengolahan, dan analisa data.

3.6 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.6.1 Pengolahan Data

Tahap pengolahan data diawali dengan data penelitian yang telah terkumpul kemudian dilakukan pemeriksaan data dari identitas responden dan hasil pengukuran nyeri. Kemudian peneliti memberikan kode untuk mempermudah dalam proses pengolahan data. Dalam penelitian ini, digunakan kuesioner yang berisi data demografi pasien dan lembar observasi skala nyeri *numeric rating scale*. Selanjutnya peneliti memproses data yang telah terkumpul pada paket program komputer dan melakukan pengecekan kembali apakah data yang dimasukkan ada kesalahan atau tidak.

3.6.2 Analisis data

Setelah data terkumpulkan kemudian dilakukan analisa data secara univariat untuk menghitung distribusi frekuensi sehingga dapat diketahui gambaran karakteristik responden seperti umur, jenis kelamin dan jenis operasi. Analisa bivariat digunakan untuk menganalisa 2 data termasuk data ordinal sehingga menggunakan uji non parametrik. Untuk mengetahui perbedaan nilai pretest dan posttest setelah dilakukan *massage* punggung menggunakan uji *Wilcoxon Sign Rank test*.

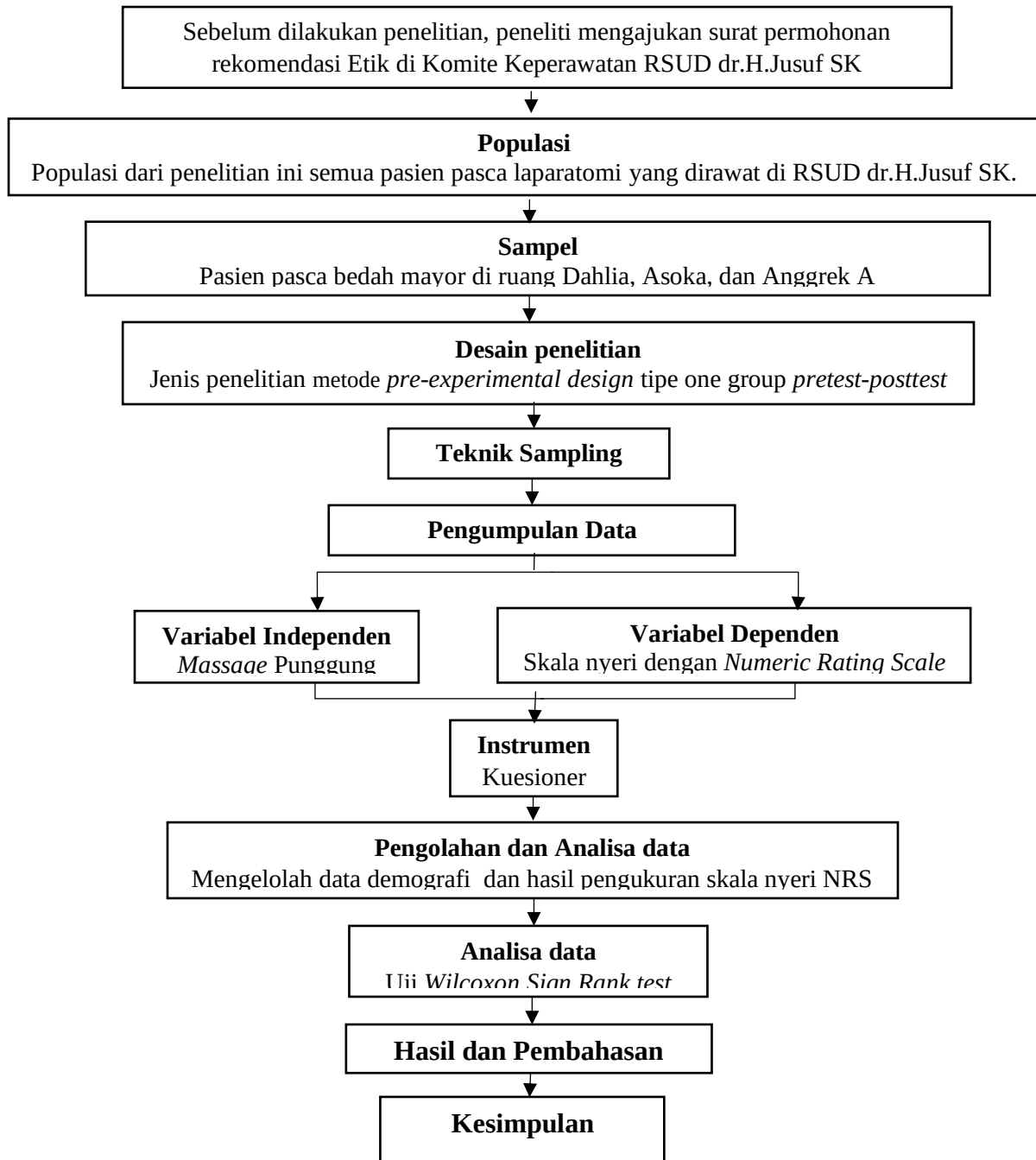
3.7 Etika Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengajuan surat permohonan rekomendasi etik penelitian kepada komite etik keperawatan RSUD dr. H. Jusuf SK dengan No: 077/KEPK-RSUD KALTARA/X/2022. Adapun etika penelitian yang diterapkan selama penelitian yaitu :

1. Otonomi berarti kemampuan individu dalam menentukan keputusannya sebagai bentuk penghargaan akan harga diri dan martabat yang dimilikinya. Sebagai peneliti harus menghargai dan melibatkan klien dalam mengambil keputusan untuk terlibat dalam penelitian ini.

2. *Non-maleficence* merupakan prinsip tidak menyebabkan kerugian atau menimbulkan cedera bagi orang lain tapi melakukan hal yang baik. Dalam hal ini peneliti akan melakukan intervensi sesuai dengan prosedur yang telah dibuat, memperhatikan Standar Prosedur Operasional (SOP) yang dibuat sesuai teori dan memperhatikan setiap aspek sehingga tidak menimbulkan kerugian pada klien.
3. Prinsip keadilan (*justice*) juga diterapkan dalam penelitian ini responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil sebelum, selama, dan setelah proses penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari proses penelitian tersebut.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.2 Gambar Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Pada BAB ini akan di uraikan hasil penelitian tentang “Pengaruh *Massage* Punggung Terhadap Penurunan Skala Nyeri Dengan Menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) Pada Pasien Pasca Laparatomi di RSUD dr. H. Jusuf SK Sebelum dan sesudah diberikan intervensi *Massage* Punggung. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD dr. H. Jusuf SK Tarakan tepatnya di Ruang Dahlia, Asoka dan Anggrek. Adapun jumlah responden dalam penelitian ini yaitu seluruh populasi yang ada yaitu berjumlah 21 orang.

4.2 Hasil Penelitian

Penelitian dilakukan pada tanggal 17 Oktober sampai dengan 10 November di RSUD dr H Jusuf SK. Jenis penelitian ini adalah penelitian *experimental*, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 21 orang yang telah sesuai dengan kriteria pada penelitian ini. Selanjutnya data diolah dengan menggunakan uji *statistic non parametric* yaitu uji *Wilcoxon Singed Rank Test* untuk membandingkan nilai sebelum dan setelah dilakukan tindakan *massage* punggung pada pasien post operasi *laparatomi*, data diolah menggunakan progam SPSS 22 kemudian dilakukan analisis.

4.2.1 Karateristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan usia adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia

Usia	Frekuensi	Presentase (%)
Remaja Akhir	5	23.8
Dewas Awal	9	42.9
Dewasa Akhir	4	19
Lansia Awal	3	14.3
Jumlah	21	100

Sumber: Sumber Data Primer 2022

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa dari jumlah sampel 21 responden, usia dewasa awal merupakan usia yang rentan terhadap nyeri yaitu sebanyak 9 (42.9%).

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki-laki	9	42.9
Perempuan	12	57.1
Jumlah	21	100

Sumber: Sumber Data Primer 2022

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa dari jumlah sampel 21 responden, mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki (57,1%)

4.2.2 Analisis Univariat

4.2.2.1 Distribusi Frekuensi Skala Nyeri Responden Sebelum dilakukan *Massage Punggung* Berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS)

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Skala Nyeri Responden Sebelum dilakukan *Massage Punggung* Berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS)

Skor Skala Nyeri	Frekuensi	Presentase (%)
(4-6) nyeri sedang	13	61.9
(7-10) nyeri berat	8	38.1
Jumlah	21	100

Sumber Data Primer 2022

Hasil tabel 4.3 berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS), dapat disimpulkan bahwa dari total 21 responden sebelum dilakukan *massage punggung* yang memiliki skala nyeri sedang sebanyak 13 responden (61.9%), dan skala nyeri berat sebanyak 8 responden (38.1%).

4.2.2.2 Distribusi Frekuensi Skala Nyeri Responden Sebelum dilakukan *Massage Punggung* Berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS)

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Skala Nyeri Responden Setelah dilakukan *Massage Punggung* Berdasarkan *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skor Skala Nyeri	Frekuensi	Presentase (%)
(1-3) nyeri ringan	9	42.9
(4-6) nyeri sedang	12	57.1
Jumlah	21	100

Sumber Data Primer 2022

Hasil tabel 4.4 berdasarkan *Numeric Rating Scale (NRS)*, dapat disimpulkan bahwa dari total 21 responden setelah dilakukan *massage* punggung, mayoritas responden memiliki skala nyeri sedang sebanyak 12 responden (57.1%).

4.2.3 Analisis Bivariat

Untuk mengetahui pengaruh penurunan skala nyeri sebelum dan setelah *massage* punggung pada pasien pasca *laparotomi*

4.2.3.1 Uji Normalitas Data

Tabel 4.5 Uji Normalitas Data Nyeri Sebelum dan Setelah dilakukan *Massage Punggung* pada Pasien Pasca *Laparotomi*

Nyeri	Nilai Sig.	Nilai α
Sebelum	0.022	0.05
Setelah	0.039	

Hasil Uji SPSS *Shapiro-Wilk* 2022

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebelum dilakukan *massage* punggung pada pasien pasca *laparotomy* diperoleh nilai $p = 0.022$, dan setelah dilakukan *massage* punggung diperoleh nilai $p = 0.039$, hasil tersebut menunjukkan bahwa nilai $p < 0.05$. Hal ini menyebabkan data tidak berdistribusi normal dan tidak memenuhi syarat *Uji T*, maka pada penelitian ini menggunakan *Uji Wilcoxon Signed Rank Test* untuk mengetahui pengaruh penurunan skala nyeri dengan metode *massage* punggung terhadap pasien *laparotomy*.

4.2.3.2 Uji *Wilcoxon Singed Rank Test*

Tabel 4.6 Hasil Analisis Pengaruh *Massage Punggung* Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Pasca *Laparatomy*

Nyeri	<i>Mean</i>	Median	ρ	A
Sebelum	6.00	6	0.000	0.05
Setelah	3.76	4		

Hasil Uji *Wilcoxon* 2022

Berdasarkan tabel 4.6 rata-rata skala nyeri pada pasien pasca *laparotomy* sebelum dilakukan *massage* punggung yaitu 6.00, dan setelah dilakukan *massage* punggung yaitu 3.76. berdasarkan hasil Uji *Wilcoxon Singed Rank Test* diperoleh nilai $\rho = 0.000$, yang artinya terdapat penurunan skala nyeri sebelum dan setelah dilakukan *massage* punggung pada pasien pasca *laparotomy*.

BAB V

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini diperoleh, skala nyeri sebelum dilakukan *massase* punggung pada pasien pasca *laparotomy* berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS), yaitu dari total 21 responden yang memiliki skala nyeri sedang sebanyak (61.9%), dan skala nyeri berat sebanyak (38.1%). Sedangkan, setelah dilakukan *massase* punggung berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS), dapat disimpulkan bahwa dari total 21 yang memiliki skala nyeri ringan sebanyak (42.9%), dan skala nyeri sedang sebanyak (57.1%). Pada penelitian ini, usia dewasa awal merupakan usia yang rentan terhadap nyeri yaitu sebanyak (42.9%).

Hasil penelitian ini menggunakan Uji *Wilcoxon Singed Rank Test* dan diperoleh nilai $p = 0.001 < \alpha = 0.05$, yang artinya terdapat penurunan skala nyeri sebelum dan setelah dilakukan *massage* punggung pada pasien pasca *laparotomy* di RSUD dr H Jusuf SK. Hasil penelitian didukung oleh penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Nurhayati et al., (2011) dengan judul Pengaruh Teknik Distraksi Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di RSUD dr.H jusuf SK didapatkan hasil bahwa ada perbedaan rata-rata intensitas nyeri responden sebelum dan sesudah *massage* punggung dengan nilai $p = 0,000$. Pijat adalah tindakan menekan tangan terhadap jaringan lunak, biasanya otot, tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk mengurangi rasa sakit, rileks dan/atau meningkatkan sirkulasi darah. Gerakan dasar meliputi: gerakan melingkar yang dilakukan oleh telapak tangan, gerakan menekan dan mendorong ke depan dan ke belakang menggunakan kekuatan, gerakan menampar, menyayat, meremas dan memutar (Henderson, 2016). Teori tersebut menjelaskan dua jenis serabut saraf berdiameter kecil dan serabut berdiameter besar dengan fungsi yang berbeda. *masssse* punggung yang termasuk dalam pendekatan non farmakologi adalah teknik relaksasi, distraksi, stimulasi kuteneus.

Adapun tujuan dari *massage* punggung itu sendiri adalah untuk mengurangi ketegangan otot, membantu melancarkan sirkulasi darah, memberikan rasa rileks pada

tubuh, menghilangkan stress (Wuryani, 2015). Area masase yang baik dilakukan adalah pada area punggung. *Massase* dapat meningkatkan aliran darah serta nutrisi ke area tertentu dan meningkatkan ekskresi produk limbah seperti asam laktat yang akan menghasilkan pelepasan energi dan penurunan fatigue pada pasien yang menjalani hemodialisis (Rohmah, 2017). Terapi massage juga dapat memberikan rasa tenang dan menghilangkan rasa cemas apabila dikombinasikan dengan wangi-wangian seperti aromaterapi (Rohmah, 2017).

Metode *massase* punggung yang di berikan kepada pasien pasca operasi laparatomi dilakukan 12-15 kali pijatan dalam satu menit dalam waktu 3-10 menit. Usapan yang panjang dan lembut memberikan kesenangan dan kenyamanan bagi klien, sedangkan usapan yang pendek dan sirkuler cenderung bersifat menstimulasi (Afrila, 2015). Gerakan dimulai pada bagian tengah punggung bawah kemudian kearah atas area belahan bahu kiri dan kanan (Rossalinda, 2015).

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui adanya penurunan skala nyeri sebelum dan setelah tindakan *massase* punggung yang sesuai dengan teori. *Massase* merupakan teknik integrasi sensoris yang mempengaruhi aktivitas sistem syaraf otonom. *Massase* punggung merupakan *massase* punggung non farmakologis dengan menggunakan pendekatan secara fisik (Potter, & Perry, 2015). Tidak ada efek samping yang terlihat dengan pijat punggung dan mudah diterapkan. Penggunaan lotion diharapkan dapat memberikan rasa hangat dan menginduksi vasodilatasi lokal, yang meningkatkan sirkulasi darah di area yang dipijat, sehingga meningkatkan aktivitas seluler dan mengurangi rasa sakit (Kusyanti, 2016). *Massase* punggung diberikan dengan pijatan menggunakan kedua tangan dengan gerakan memutar pada area kulit punggung dari bokong ke bahu dan sekitar bawah leher dengan posisi pronasi atau miring selama 3-5 menit, dilakukan 3 kali dalam seminggu. Menurut analisis peneliti pemberian *massase* punggung efektif dalam menurunkan skala nyeri pada pasien laparatomi dimana setelah pemberian *massase* punggung terlihat penurunan persentase pasien dengan skala nyeri berat yang awalnya berada pada 38,1% menjadi 0% serta penurunan skala nyeri dari sedang ke ringan. Pemberian *massase* punggung

merupakan tindakan yang memberikan stimulasi pada permukaan kulit yang dapat meningkatkan vasodilatasi lokal sehingga meningkatkan peredaran darah, membantu peningkatan pembuangan sisa-sisa pembakaran dalam jaringan, memberikan efek distraksi, relaksasi dan stimulasi kutaneus, sehingga dengan pemberian *massage* punggung pada pasien laparotomi akan meningkatkan sirkulasi darah dan memberikan sensasi rileks sehingga intensitas nyeri yang dirasakan pasien dapat menurun, sehingga setelah pemberian *massage* punggung skala nyeri pada pasien laparotomi terlihat lebih rendah dibandingkan sebelum pemberian *massage* punggung.

Pada penelitian ini terdapat 4 responden yang tidak mengalami penurunan nyeri pasca *laparotomy* dimana nyeri yang dialami masih berada dalam rentang skala nyeri yang sama setelah dilakukan *massage* punggung. Hal ini berarti penurunan nyeri tidak signifikan, responden tersebut berada pada rentang usia remaja akhir hingga dewasa awal. Pada saat dilakukan intervensi responden 2 dari 4 responden yang berusia < 30 tahun pada fase dewasa awal memiliki skala nyeri 6 sebelum intervensi dan skala nyeri 4 setelah dilakukan intervensi, adapun 2 responden lainnya berusia 28 dan 25 pada fase remaja akhir dengan skala nyeri 6 sebelum dan 4 setelah dilakukan intervensi. Hal ini dapat dipengaruhi adanya sensori nyeri yang lebih intens dan cenderung dikaitkan dengan kondisi psikologis pada saat dilakukan tindakan *laparotomy* sehingga nyeri yang dirasakan semakin kuat. Hal ini terjadi karena pasien yang telah melakukan operasi pasti akan merasakan yang namanya nyeri nosiseptif. Menurut Sentiger, JL (2019) penyebab nyeri yaitu: nyeri nosiseptif terjadi biasanya akibat cedera jaringan. Jenis nyeri nosiseptif yang umum adalah nyeri arthritis, nyeri punggung mekanis, atau nyeri pascaoperasi, nyeri peradangan yaitu peradangan abnormal yang disebabkan oleh respons yang tidak tepat oleh sistem kekebalan tubuh. Kondisi dalam kategori ini termasuk gout dan rheumatoid arthritis, nyeri neuropatik yaitu nyeri yang disebabkan oleh iritasi saraf. Ini termasuk kondisi seperti neuropati, nyeri radikular, dan neuralgia trigeminal, nyeri fungsional yaitu nyeri tanpa asal yang jelas, tetapi dapat menyebabkan nyeri. Contoh kondisi tersebut adalah *fibromyalgia* dan sindrom iritasi usus besar.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis data penelitian yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa dari total seluruh responden berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS), sebelum dilakukan *massase* punggung yang memiliki skala nyeri sedang lebih banyak dibandingkan responden yang memiliki skala nyeri berat. Sedangkan, setelah dilakukan *massase* punggung rata – rata skala nyeri yang dirasakan responden berkurang menjadi skala nyeri sedang dan ringan. Selain itu, penelitian ini juga menunjukkan adanya pengaruh efektivitas *massse* punggung terhadap skala nyeri dengan nilai *p-value* 0,001 atau lebih kecil dari 0,05 yang artinya terdapat penurunan skala nyeri yang signifikan setelah dilakukan *massase* punggung pada pasien pasca *laparotomy*.

6.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Peneliti
Dapat mengembangkan penelitian yang berkaitan dengan penurunan skala nyeri pada pasien pasca *laparotomy*.
2. Bagi Perawat
Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi dalam melakukan tindakan *massage* punggung pada pasien pasca *laparotomy*
3. .Bagi Rumah Sakit
Diharapkan RS selalu konsisten dalam memberikan pelayanan *massage* punggung pada pasien pasca *laparotomy* dalam pengurangan skala nyeri.
4. Bagi Institusi
Diharapkan Universitas Borneo Tarakan dapat meningkatkan pengetahuan dengan memberikan tambahan referensi dan memberikan evaluasi bagi mahasiswa dalam penyusunan tugas akhir.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, A. (2016). *Gambaran Tindakan Perawat Pada Pasien Post Operasi Dengan Nyeri Di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta*. Repository Yogyakarta.
<http://repository.umsida.ac.id/handle/123456789/2690?show=full>. Diakses tanggal 30 April 2022
- Braz J, Solorzano C, Wang X, Basbaum AI. *Transmitting pain and itch messages: a contemporary view of the spinal cord circuits that generate gate control*. *Neuron*. 2014 May 07;82(3):522-36.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4492533/?report=reader>. Diakses tanggal 5 September 2022
- Chen JS, dkk. 2021. *Physiology Pain*. NCBI.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539789/>, diakses tanggal 03 Agustus 2022
- Gan, J. Tong. 2017. *Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention*. NCBI.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626380/>. diakses tanggal 23 Mei 2022
- Garland EL. *Pain processing in the human nervous system: a selective review of nociceptive and biobehavioral pathways*. *Prim Care*. 2012 Sep;39(3):561-71.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3438523/?report=reader>. Diakses tanggal 5 September 2022
- Gupta, Anuj, dkk. 2012. *Clinical Aspects Of Acute Post-Operative Pain Management & Its Assessment*. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research : India*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3255434/> diakses tanggal 18 Agustus 2022
- Hansen GR, Streltzer J. *The psychology of pain*. *Emerg Med Clin North Am*. 2005 May;23(2):339-48. Pubmed : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15829386/> diakses tanggal 5 September 2022
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 31 Januari 2019 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf>
- Lakhan, Shaheen E. dkk. 2016 . *The Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Hindawi Limited : USA.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5192342/>. diakses tanggal 2 September 2022

- Mutaqqin, Arif. 2012. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta : Salemba Medika
- Miake-Lye Isomi M, dkk. 2019. *Massage for Pain : An Evidence Map*. Mary Ann Liebert, Inc: Los Angeles. Diakses tanggal 15 Agustus 2022
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* : Jakarta : Salemba Medika.
- Nurchayati, Sofiana. 2010. *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas*. Digilib UI : Jakarta.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiz-eOo2ov6AhVN_HMBHUDcDIEQFnoECAQQAQ&url=http%3A%2F%2F1ontar.ui.ac.id%2Ffile%3Ffile%3Ddigital%2F20282431-T%2520Sofiana%2520Nurchayati.pdf&usg=AOvVaw0dxwEnwprZwpZiPA_2KpwR. Diakses tanggal 11 September 2022
- Permata, Veryne Ayu. 2014. *Penggunaan Analgesik Pasca Operasi Orthopedi di RSUP DR. Kariadi Semarang*. Undip Journal : Semarang
http://eprints.undip.ac.id/44897/1/Veryne_Ayu_Permata_22010110130182_Bab0KTI.pdf diakses tanggal 1 Mei 2022
- Raja, Srinivasa N, dkk. 2020. *The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises*. NCBI
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/pdf/nihms-1596925.pdf> . diakses tanggal 29 April 2022
- Rajaretnam, Niroshini, dkk. 2022. *Laparotomy*. StatPearls Publishing:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525961/> . diakses tanggal 14 Agustus 2022
- Riskesdas. 2019. *Laporan Provinsi Kalimantan Utara Riskesdas 2018*.
<http://repository.litbang.kemkes.go.id/3888/1/Laporan%20Riskesdas%20Kalatara%202018.pdf>. Diakses tanggal 03 Agustus 2022
- Rohmayani Maya Safitri, Joko Suwito, Padoli. 2019. *Intensitas Nyeri Klien Pasca Operasi Mayor di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya*.
<http://journal.poltekkesdepkessby.ac.id/index.php/KEP/article/view/1486>
- Santika Elok. 2018. *Asuhan keperawatan pada pasien post operasi mayor dengan aplikasi slow stroke back massage (SSBM) terhadap kualitas tidur di RS Roemani Muhammadiyah Semarang*. Repository Unimus : Semarang
<http://repository.unimus.ac.id/2757/> diakses tanggal 2 Mei 2022

- Saputra Edi. 2020. *Intervensi Terapi Massage Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi*. Repository Poltekkes Kendari. <http://repository.poltekkes.kdi.ac.id/1993/1/Literature%20Review%201%20%28%20EDI%20saputra%29.pdf> diakses tanggal 2 Agustus 2022
- Sentiger, JL. 2019. *Name Your Pain : Exploring The Four Types of Pain*. Article Virginia Spine Institute : <https://www.spinemd.com/name-your-pain-exploring-the-four-types-of-pain> . diakses tanggal 5 September 2022
- Sepriani, Novi. 2017. *Hubungan perilaku caring perawat dengan tingkat kecemasan pasien per operasi di ruang bedah RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Repository Unjaya. http://repository.unjaya.ac.id/2233/2/NOVI%20SEPRIANI_2213151_pisah.pdf di akses tanggal 5 Mei 2022
- Small C, Laycock H. 2019. *Acute postoperative pain management*. BJSS Journal : London,UK.<https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/bjs.11477>. diakses tanggal 29 April 2022
- Sugiyono, 2019. *Metode Penelitian Kualitatif dan R & B*. Bandung: Alfabeta
- Taylor, C.N.,Lilis,C., Et all. 2011. *Fundamental Of Nursing The Art And Science Of Nursing Care (8th ed)* : USA : Lippincott Williams& Wilkins
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Wirya Irwan, Sari Margareth Duma. 2011. *Pengaruh pemberian masase punggung dan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post appendiktomi di zaal c rs hkbp balige tahun 2011*. Indonesia. Jurnal-Keperawatan-Akper-HKBP-Balige-Vol-1-No-1.pdf. diakses tanggal 23 Mei 2022
- Winiie Regional Healthy Authority. 2016. *Major & Minor Surgery : Common Examples*. <https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/eipt/files/EIPT-003-002.pdf>. diakses tanggal 11 Agustus 2022
- Wuryani, Sri. dkk 2015. *Pengaruh Terapi Relaksasi Masase Punggung Terhadap Penurunan Tingkat KEcemasan Pada Pasien Pre Operasi Bedah Mayor Dir SMC RS Terlogorejo*. <http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=1005857&val=8606&title=PENGARUH%20TERAPI%20RELAKSASI%20MASASE%20PUNGGUNG%20TERHADAP%20PENURUNAN%20TINGKAT%20KECEMASAN%20PADA%20PASIEN%20PRE%20OPERASI%20BEDAH%20MAYOR%20%20DI%20SMC%20RS%20TELOGOREJO>diakses tanggal 11 Agustus 2022

Yuwanto, Mahmud Ady, dkk. 2018. *Application of Back Massage to Decrease Pain Level in Eldery in Social House of Tresna Werdha Bondowoso*. . Health Notions. <https://heanoti.com/index.php/hn/article/view/hn20618/20618>. Diakses tanggal 17 Agustus 2022

SURAT PERMOHONAN

Yth. dr. Spesialis Fisioterapi

Di -

Tempat

Dengan Hormat

Berdasarkan prosedur pengumpulan data dalam rangka menyelesaikan tugas akhir sarjana keperawatan, maka dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ST. Zakinah

NPM : 2040703087

Tempat/Tanggal Lahir : Pangkajene, 13-08-1993

Profesi : DIII - Keperawatan

Alamat : JL. Pulau Bunyu Rt/Rw 005/001 Kelurahan
Kampung 1 SKIP

Alamat Email : sitisakinah581@gmail.com

No. HP : 085242796426

Mengajukan permohonan untuk bimbingan *massage* punggung kepada yang berkompeten dalam hal **Fisioterapi** kepada pasien untuk mengurangi nyeri pasca operasi.

Demikian surat permohonan ini saya ajukan, atas perhatiannya saya ucapkan terimah kasih.

Ahli Fisioterapi

Tarakan, 10 Oktober 2022

Mahasiswa

Dr. Jerry Kurnia Wahyudi, Sp.KFR

ST. Zakinah
NPM. 2040703087

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

MASSAGE PUNGGUNG

1. Defenisi	<i>Massage</i> Punggung adalah salah satu teknik pemberian tindakan pijatan pada punggung dengan gerakan lambat. Gerakan-gerakan dasar meliputi: gerakan memutar yang dilakukan oleh telapak tangan, gerakan menekan dan mendorong kedepan dan kebelakang menggunakan tenaga, menepuk-nepuk, memotong-motong, meremas-remas, dan gerakan meliuk-liuk (Yuwanto, 2018).
2. Tujuan	Tujuan relaksasi <i>Massage</i> adalah mengurangi ketegangan otot, membantu melancarkan sirkulasi darah, memberikan rasa rileks pada tubuh, menghilangkan stress (Wuryani, 2015).
3. Alat dan Bahan	Penggunaan aromaterapi seperti lotion
4. Prosedur	<p>Fase Orientasi : mengucapkan salam, memperkenalkan diri, kontrak waktu, menjelaskan tujuan, menanyakan kesediaan klien menjadi responden</p> <p>Fase Kerja : Klien dipersilahkan untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bisa tidur, miring, telungkup, atau duduk, membuka punggung klien, bahu, dan lengan atas. Sebelum melakukan <i>Massage</i>, dilakukan pemeriksaan lokalisasi terlebih dahulu. Setelah itu perawat mencuci tangan dengan air hangat. Hangatkan aromaterapi ke telapak tangan atau tempatkan botol losion ke dalam air hangat. Tuang sedikit aromaterapi di tangan. Jelaskan pada responden bahwa akan terasa dingin dan basah. Gunakan aromaterapi sesuai kebutuhan. Melakukan usapan pada punggung dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan sesuai dengan metode di atas selama 3- 10 menit. Jika responden mengeluh tidak nyaman, prosedur langsung dihentikan diakhiri usapan dengan gerakan memanjang dan beritahu klien bahwa perawat mengakhiri usapan. Membersihkan kelebihan dari lubrikan dari punggung klien</p>

	<p>dengan handuk mandi, membantu klien memakai bajunya Kembali, membantu klien pada posisi yang nyaman dan merapikan alat dan cuci tangan.</p> <p>Fase Terminasi : Menyampaikan hasil tindakan dan dokumentasi, menyampaikan rencana tindak lanjut dan berpamitan.</p>
5. Referensi	<p>1) Yuwanto, Mahmud Ady, dkk. 2018. <i>Application of Back Massage to Decrease Pain Level in Eldery in Social House of Tresna Werdha Bondowoso</i>. . Health Notions. https://heanoti.com/index.php/hn/article/view/hn20618/20618.</p> <p>2) Wuryani, Sri. dkk 2015. <i>Pengaruh Terapi Relaksasi Masase Punggung Terhadap Penurunan Tingkat KEcemasan Pada Pasien Pre Operasi Bedah Mayor Dir SMC RS Terlogorejo</i>. http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=1005857&val=8606&title=PENGARUH%20TERAPI%20RELAKSASI%20MASASE%20PUNGGUNG%20TERHADAP%20PENURUNAN%20TINGKAT%20KECEMASAN%20PA DA%20PASIEN%20PRE%20OPERASI%20BEDAH%20MA YOR%20%20DI%20SMC%20RS%20TELOGOREJO</p>

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

(Inform Consent)

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

- Nama :
- Umur :
- Alamat :

Setelah mendapat keterangan secukupnya dari penulis serta mengetahui manfaat, tujuan dan prosedur penelitian yang berjudul “Pengaruh Massage Punggung Terhadap Penurunan Skala Nyeri Dengan Menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)* Pada Pasien Pasca Bedah Mayor Di Rsud Dr.H.Jusuf SK menyatakan ~~*BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA*~~ diikut sertakan dalam penelitian ini dengan catatan apabila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya percaya yang di informasikan dijamin kerahasiaannya oleh penulis.

Tarakan, 17 Oktober 2022

Penulis

Responden

(ST. Zakinah, A.Md. Kep)

NPM.2040703087

(.....)

*Inisial dan Paraf

KUESIONER PENELITIAN PENGARUH MASSAGE PUNGGUNG
TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI DENGAN MENGGUNAKAN
NUMERIC RATING SCALE (NRS) PADA PASIEN PASCA BEDAH MAYOR
DI RSUD dr.H.JUSUF SK

A. Data Umum

1. Nomor Pasien :
2. Inisial Responden :
3. Umur Responden :
4. Jenis Operasi :
5. Jenis Kelamin :
 - ☐ Laki-laki
 - ☐ Perempuan

Perhatikan gambar di bawah ini dan beri tanda **lingkaran (O)** pada angka skala nyeri yang ada sesuai dengan kondisi yang anda alami Sebelum dilakukan tindakan massage punggung



Perhatikan gambar di bawah ini dan beri tanda **lingkaran (O)** pada angka skala nyeri yang ada sesuai dengan kondisi yang anda alami setelah dilakukan massage punggung



Lampiran Hasil Analisa Data

Frequency Table

Nyeri Sesudah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	skor 1-3 nyeri ringan	9	42.9	42.9	42.9
	skor 3-6 nyeri sedang	12	57.1	57.1	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Nyeri Sebelum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	skor 4-6 nyeri sedang	13	61.9	61.9	61.9
	skor 7-10 nyeri berat	8	38.1	38.1	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nyeri sebelum	.238	21	.003	.889	21	.022
Nyeri setelah	.189	21	.048	.902	21	.039

a. Lilliefors Significance Correction

	Nyeri setelah - Nyeri sebelum
Z	-4.172 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.