

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
LAPARATOMI EKSPLORASI ATAS INDIKASI PERITONITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (Amd.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan Universitas
Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

**Ardi Nugraha
NIM: AKX.17.013**



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS
KEPERAWATAN UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2020**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Ardi Nugraha

NPM : AKX.17.013

Program Studi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi Atas Indikasi Peritonitis Di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Karya Tulis Ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di fublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, 15 Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan



**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
LAPARATOMI EKSPLORASI ATAS INDIKASI PERITONITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH
ARDI NUGRAHA
AKX.17.013**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep
NIK: 02004020117

Pembimbing Pendamping



Drs. Rachwan H, BSc., M.Kes
NIK: 10115175

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz M, S.Kep., Ners., M.Kep
NIK: 02001020009

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
LAPARATOMI EKSPLORASI ATAS INDIKASI PERITONITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH
ARDI NUGRAHA
AKX.17.013**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal, Kamis, 21 Mei 2020




PANITIA PENGUJI

**Ketua: Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pembimbing Utama)**


(.....)

Anggota:

- 1. Agus Mi'raj Darajat, S.Kep.,Ners.,M.Kep
Penguji I**
- 2. Asep Aep Indarna, S.Kep.,Ners.,M.Pd
Penguji II**
- 3. Drs. Rachwan H, BSc.,M.Kes
Pembimbing Pendamping**


(.....)

(.....)

(.....)

**Mengetahui,
Fakultas Keperawatan
Ketua**




**Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIK: 020007020132**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparatomi Atas Indikasi Peritonitis dengan Nyeri Akut di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH.,M.Pd.,M.Kep selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Drs. Rachwan Herawan, BSc.,M.Kes selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Roni Husnara S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Melati IV yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

9. Staf Dosen dan Karyawan Program Studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
10. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, yaitu ayahanda Hermawan, dan ibunda Rohanah sebagai orang tua, Resti Purnamasari Amd.Keb sebagai kakak, serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
11. Kepada Meta Sagitha yang selalu menemani penulis dalam mencari literatur dan menerima keluh kesah dari penulis.
12. Kepada Muhammad Qiemas, M. Raffi Ardian, Affan Ikhtiar Al Madani, Anjar Yudiyansah dan M. Fauzan Darmawan sebagai teman diskusi. Tidak lupa teman-teman satu daerah Sukabumi yaitu Ismi Mufadilatun Nisa, Disna Yunirianita, Ravi Oktapyan Lestari dan Ainun Nurjanah.
13. Kepada teman teman seperjuangan Anestesi Angkatan ke-13 yang telah memberikan semangat.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 15 Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: Peritonitis menjadi masalah infeksi intraabdominal yang sangat serius dan merupakan masalah kegawatan abdomen, peritonitis dapat mengenai semua umur dan terjadi pada pria dan wanita. Apabila tidak diatasi peritonitis dapat menimbulkan komplikasi. Syok sepsis sering menjadi komplikasi dari peritonitis difus yang menyebabkan kegagalan organ hingga kematian. Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi dari organ abdomen ke dalam rongga abdomen akibat dari infeksi, iskemik, trauma atau perforasi. Sebagian besar pasien peritonitis mendapatkan tatalaksana bedah berupa laparotomi eksplorasi. Pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien karena tindakan pembedahan dapat menyebabkan trauma pada jaringan yang dapat menimbulkan nyeri yang apabila tidak diatasi dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi Kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post operasi laparotomi atas indikasi peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada kedua klien dapat teratasi setelah pemberian implementasi selama 3 hari. **Diskusi:** Pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien post operasi laparotomi atas indikasi peritonitis hal ini di pengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Keyword: Peritonitis, Laparotomi, Nyeri akut, Asuhan keperawatan.

Daftar Pustaka: 14 Buku (2010-2020), 11 Jurnal (2010-2020)

ABSTRACT

Background: Peritonitis becomes a very serious intraabdominal infection problem and is an abdominal emergency problem, peritonitis can affect all ages and occur in men and women. If not treated peritonitis can cause complications. Sepsis shock is often a complication of diffuse peritonitis which causes organ failure to death. Peritonitis is caused by leakage of contents from the abdominal organs into the abdominal cavity due to infection, ischemia, trauma or perforation. Most peritonitis patients receive surgical management in the form of exploratory laparotomy. Surgery can cause discomfort for patients because surgery can cause trauma to the tissue that can cause pain which if not treated can cause harmful effects that will interfere with the healing process. **Method:** Case studies are to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted in two postoperative Laparotomy patients for indications of peritonitis with acute pain nursing problems. **Results:** After taking care of nursing actions by providing nursing intervention, the problem of acute pain nursing on both clients can be resolved after giving implementation for 3 days. **Discussion:** Patients with acute pain nursing problems do not always have the same response in every postoperative laparotomy patient for indications of peritonitis this is influenced by the client's condition or health status before. So that nurses must do comprehensive care to deal with nursing problems in each patient.

Keyword: Peritonitis, Laparotomy, Acute pain, Nursing care

Bibliography: 14 Books (2010-2020), 11 Journals (2010-2020)

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Lembar Pernyataan Keaslian.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis	6

BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi Peritonitis.....	8
2.1.2 Anatomi	10
2.1.3 Klasifikasi Peritonitis.....	13
2.1.4 Etiologi	14
2.1.5 Manifestasi Klinik	15
2.1.6 Patofisiologi.....	16
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	18
2.1.8 Penatalaksanaan.....	18
2.2 Laparatomi	19
2.2.1 Definisi Laparatomi.....	19
2.2.2 Klasifikasi	20
2.2.3 Indikasi Laparatomi.....	21
2.2.4 Komplikasi Laparatomi	21
2.2.5 Proses Penyembuhan	22
2.2.6 Penatalaksanaan Keperawatan.....	23
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	23
2.3.1 Pengkajian.....	23
2.3.2 Diagnosis	30
2.3.3 Perencanaan	31
2.3.4 Implementasi.....	36
2.3.5 Evaluasi.....	37

2.4 Konsep Nyeri	39
2.4.1 Definisi Nyeri	39
2.4.2 Fisiologi Nyeri.....	40
2.4.3 Klasifikasi Nyeri.....	44
2.4.4 Penilaian Respons Intensitas Nyeri	48
2.4.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri.....	51
2.4.6 Penatalaksanaan Nyeri.....	52
2.5 Manajemen Nyeri Distraksi Terapi Musik.....	59
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN.....	61
3.1 Desain Penelitian	61
3.2 Batasan Istilah	61
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian	62
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	62
3.5 Pengumpulan Data	63
3.6 Uji Keabsahan Data	65
3.7 Analisis Data.....	65
3.8 Etik Penelitian.....	67
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	71
4.1 Hasil	71
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	71
4.1.2 Asuhan Keperawatan.....	72
4.1.2.1 Pengkajian	72
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	85

4.1.2.3 Intervensi	87
4.1.2.4 Implementasi	91
4.1.2.5 Evaluasi	95
4.2 Pembahasan.....	95
4.2.1 Pengkajian.....	96
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	97
4.2.3 Intervensi	101
4.2.4 Implementasi.....	104
4.2.5 Evaluasi.....	108
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	109
5.1 Kesimpulan	109
5.2 Saran	111
Daftar Pustaka	
Lampiran	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Peritonitis	9
Gambar 2.2	Peritonitis	9
Gambar 2.3	Peritoneum	12
Gambar 2.4	<i>The Vertical Midline Incision</i>	19
Gambar 2.5	<i>Exploration of The Abdomen: Elective Laparotomy</i>	20
Gambar 2.6	Skala Nyeri Deskriptif.....	48
Gambar 2.7	Skala Nyeri Numerik.....	49
Gambar 2.8	Skala Nyeri Analog Visual.....	50
Gambar 2.9	Skala Nyeri Oucher	51
Gambar 2.10	Skala Nyeri Wong Baker.....	51

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi.....	31
Tabel 2.2	Tipe Stimulus Nyeri, Sumber dan Proses Patofisiologi.....	41
Tabel 2.3	Perbedaan Serabut Saraf A-Delta dan C	43
Tabel 2.4	Perbandingan Karakteristik Nyeri Akut dan Nyeri Kronis.....	45
Tabel 2.5	Analgetik dan Indikasi Terapi.....	53
Tabel 2.6	Menggunakan Musik untuk Mengontrol Nyeri	60
Tabel 4.1	Identitas Klien	72
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit	73
Tabel 4.3	Perubahan Aktivitas Sehari Hari.....	74
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik	75
Tabel 4.5	Data Psikologis	79
Tabel 4.6	Data Sosial	80
Tabel 4.7	Data Spiritual	80
Tabel 4.8	Hasil Pemeriksaan Diagnostik	81
Tabel 4.9	Program Rencana Pengobatan	82
Tabel 4.10	Analisa Data.....	82
Tabel 4.11	Diagnosa Keperawatan	85
Tabel 4.12	Intervensi.....	87
Tabel 4.13	Implementasi.....	91
Tabel 4.14	Evaluasi.....	95

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi Peritonitis.....	17
-----------	--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi

Lampiran II Surat Persetujuan Pasien

Lampiran III Lembar Observasi

Lampiran IV Lembar Justifikasi

Lampiran V Jurnal 1

Lampiran VI Jurnal 2

Lampiran VII Format Review Artikel

Lampiran VIII Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran IX Leaflet Perawatan Luka

Lampiran X Catatan Revisi

Lampiran XI Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir Karya Tulis Ilmiah

Lampiran XII Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

a.i	: Atas Indikasi
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Baung Air Kecil
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
ETT	: <i>Endo-Tracheal Tube</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GIT	: <i>Gastrointestinal Track</i>
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi
LE	: Laparatomi Eksplorasi
N	: Nadi
NGT	: <i>Nasogastrik Tube</i>
NIC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
NRS	: <i>Numerial Rating Scale</i>
NSAID	: <i>Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs</i>
P.E.	: <i>Physical Examination</i>
PES	: Problem, Etiologi, Simtom
POD	: <i>Post-Operative Day</i>
RR	: Respirasi Rate
S	: Suhu
SOAP	: Subjektif, Objektif, <i>Assessment</i> , dan <i>Planning</i>

TENS	: <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda Tanda Vital
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
VDS	: <i>Verbal Descriptor Scale</i>
WOD	: Wawancara, Obsevasi dan Dokumentasi
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Peritonitis adalah peradangan rongga peritoneum yang diakibatkan oleh peyebaran infeksi dari organ abdomen seperti apendisitis, pancreatitis, ruptur apendiks, perforasi/trauma lambung dan kebocoran anastomosis (Padila, 2012). Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi dari organ abdomen ke dalam rongga abdomen akibat dari infeksi, iskemik, trauma atau perforasi (Supono, 2010).

Puspitadewi, Farhanah dan Mughni (2018) menyebutkan bahwa berdasarkan survei World Health Organization (WHO) angka kejadian peritonitis, sebagai bentuk dari *Complicated Intra Abdominal Infections*, mencapai 5,9 juta kasus di dunia. Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Hamburg-Altona Jerman, ditemukan 73% penyebab tersering peritonitis adalah perforasi dan 27% terjadi pasca operasi (Japanesa, Zahari dan Rusdji, 2016). Di Indonesia angka kejadian peritonitis hanya 3,5 % dari seluruh penyakit saluran pencernaan (Depkes RI, 2011). Berdasarkan hasil rekam medik RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019 kasus peritonitis mencapai 21 kasus dengan puncaknya pada bulan Juli yang masuk ke dalam kategori 10 penyakit terbesar dengan jumlah 10 kasus.

Peritonitis menjadi masalah infeksi intraabdominal yang sangat serius dan merupakan masalah kegawatan abdomen, peritonitis dapat mengenai semua

umur dan terjadi pada pria dan wanita. apabila tidak diatasi peritonitis dapat menimbulkan komplikasi. Syok sepsis sering menjadi komplikasi dari peritonitis difus yang menyebabkan kegagalan organ hingga kematian. Jitowiyono dan Kristiyanasari (2015) menyebutkan mortalitas klien dengan peritonitis tetap tinggi antara 10% - 40%, prognosa lebih buruk pada usia lanjut dan bila peritonitis sudah berlangsung lebih dari 48 jam, lebih cepat diambil tindakan lebih baik prognosanya. Sebagian besar pasien peritonitis mendapatkan tatalaksana bedah berupa laparatomi eksplorasi (Japanesa, Zahari, dan Rusdji, 2016).

Laparatomi merupakan jenis operasi bedah mayor yang dilakukan di daerah abdomen. Pembedahan dilakukan dengan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian abdomen yang mengalami masalah. Sayatan pada operasi laparatomi menimbulkan luka yang berukuran besar dan dalam sehingga membutuhkan waktu penyembuhan yang lama, perawatan berkelanjutan, dan beresiko menimbulkan komplikasi (Ningrum dan Isabela, 2016). Masalah keperawatan yang muncul pada klien dengan Post Operasi Laparatomi atas indikasi peritonitis yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penurunan kemampuan batuk efektif, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (invasi bedah laparatomi), resiko infeksi berhubungan dengan port de entre pasca bedah dan disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan kerusakan jaringan pasca bedah (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien karena tindakan pembedahan dapat menyebabkan trauma pada jaringan yang dapat menimbulkan nyeri. Nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Nyeri merupakan sumber frustrasi, baik pasien maupun tenaga kesehatan (Astuti dan Merdekawati, 2016). Nyeri pasca operasi muncul disebabkan oleh rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator kimia nyeri. Rasa nyeri bisa timbul hampir pada setiap insisi post operasi. Bila tidak diatasi dapat menimbulkan efek yang membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan, untuk itu perlu penanganan yang lebih efektif untuk meminimalkan nyeri yang dialami oleh pasien (Sesrianty dan Wulandari, 2018). Manajemen nyeri pasca bedah meliputi pemberian terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi berupa intervensi perilaku kognitif seperti teknik relaksasi, terapi musik, *imagery* dan *biofeedback* (Nurdiansyah, 2015)

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) disebutkan rencana tindakan yang dapat disusun untuk penanganan nyeri antara lain: *Pain management*: Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri pencahayaan ruangan dan kebisingan, Lakukan penanganan nyeri non farmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi

nyeri, Evaluasi keefektifan kontrol nyeri, tingkatkan istirahat, kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil; *Analgesic Administration*: Tentukan lokasi, kualitas, karakteristik, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat, pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu, tentukan pilihan analgesik sesuai tipe dan beratnya nyeri, tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal, monitor *Vital sign*, kemudian evaluasi efektifitas analgesik.

Berdasarkan fenomena diatas dijelaskan bahwa peritonitis apabila tidak segera ditangani maka dapat menimbulkan komplikasi yaitu syok sepsis yang dapat menimbulkan kegagalan organ bahkan kematian. Sedangkan sebagian besar penatalaksanaan peritonitis diberikan tindakan bedah laparotomi eksplorasi yang dapat menimbulkan ketidaknyamanan berupa rasa nyeri. apabila tidak diatasi dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. Dari data berikut penulis tertarik untuk mengangkat sebuah kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi Atas Indikasi Peritonitis dengan Nyeri Akut di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, pada penelitian ini penulis mengangkat rumusan masalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan

nyeri akut di ruang Melati IV Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya?”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan pendekatan biopsikososial spiritual pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Melati IV Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- e. Melakukan evaluasi pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan pembaca dan memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2. Praktis

a. Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam melakukan intervensi dan meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi pihak Rumah Sakit dalam meningkatkan dan memudahkan pelayanan kesehatan khususnya pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

d. Bagi Klien

Sebagai sumber informasi bagi klien agar mengetahui gambaran umum tentang Post Operasi Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Peritonitis dengan masalah keperawatan nyeri akut beserta perawatan yang benar bagi klien agar klien mendapat perawatan yang benar.

BAB II

TINJAUAN TEORI

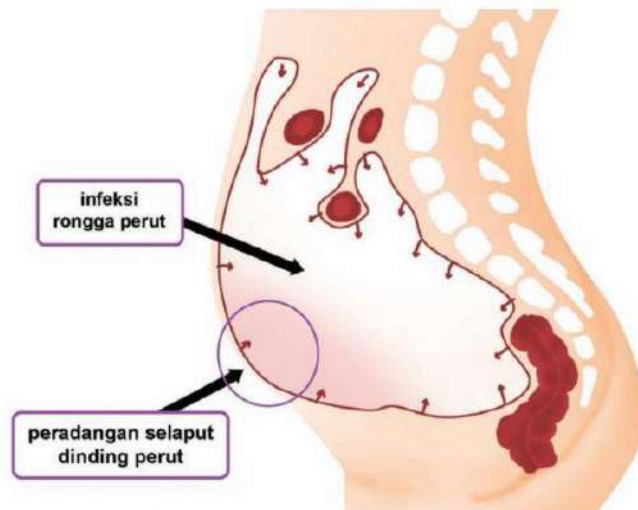
2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi atau kondisi aseptik pada selaput organ perut (peritoneum) (Japanesa, Zahari, dan Rusdji, 2016). Peritonitis adalah inflamasi lapisan peritoneum-lapisan membrane serosa rongga abdomen dan meliputi viresela. Biasanya, akibat dari infeksi bakteri: organisme yang berasal dari penyakit saluran gastrointestinal atau pada wanita dari organ reproduktif internal (Nurarif dan Kusuma, 2015). Peritonitis adalah peradangan rongga peritoneum yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ abdomen seperti appendik, *pancreatitis*, *rupture appendiks*, *perforasi* atau trauma lambung dan kebocoran anastomosis (Padila, 2012). Dapat disimpulkan bahwa peritonitis adalah peradangan yang terjadi pada peritoneum akibat infeksi bakteri dari saluran gastrointestinal.

Gambar 2.1

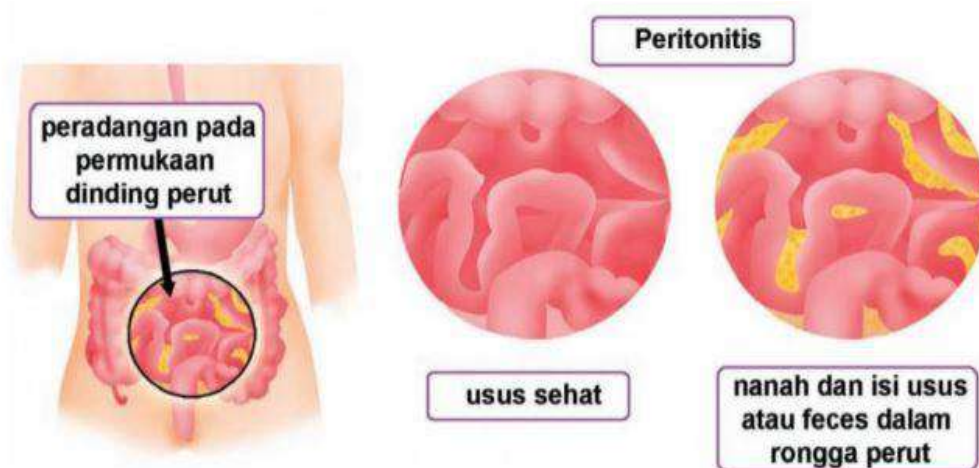
Peritonitis



(Handaya, 2017)

Gambar 2.2

Peritonitis



(Handaya, 2017)

2.1.2 Anatomi

Peritoneum adalah membrane tipis, halus, dan lembap yang terdapat dalam rongga abdomen dan menutupi organ-organ abdomen. Peritoneum merupakan membrane serosa yang terdiri dari lapisan jaringan ikat. Peritoneal parietal melanjutkan diri ke bawah yang membatasi pelvis dan peritoneum visceral meliputi organ-organ dalam peritoneum. Ruang potensial yang terdapat antara lapisan parietal dan viseral dinamakan rongga peritoneal, pada pria rongga ini tertutup. Tetapi pada wanita rongga ini terdapat hubungan dengan dunia luar (tuba uterine, uterus dan vagina), mempunyai ostium kecil ujung yang bebas ke dalam kavitas peritoneal, merupakan jalan masuk dari ovum. Peritoneal mempunyai dua yaitu kantong besar terbentang seluruh abdomen mulai dari diafragma sampai ke pelvis dan kantong kecil terletak di belakang lambung. Daerah khusus peritoneum:

- a. Mesenterium: Lipatan peritoneum berlapis ganda yang melekat pada bagian usus ke dinding posterior abdomen. Mesenterium terdiri dari mesenterium usus halus, mesokolon transversum dan mesokolon sigmoid.
- b. Omentum: Lipatan peritoneum berlapis ganda yang melekat pada lambung, omentum mayus, kurvatura mayor, tergantung seperti tirai pada ruang lekukan usus halus dan dinding abdomen anterior. Omentum mayus melipat kembali dan melekat pada tepi bawah kolon transversum. Omentum minus menghubungkan kurvatura mayor lambung dengan permukaan bawah hati.

- c. Ligamentum peritoneal: Lipatan peritoneum berlapis ganda melekat pada dinding abdomen, berhubungan dengan tulang, hati, ligamentum falsiformis ke dinding anterior abdomen, dan permukaan bawah hati.
- d. Sakus minor: Bagian dari rongga peritoneal yang terletak di sebelah belakang lambung.
- e. Rongga peritoneum: Merupakan rongga potensial yaitu suatu yang terdesak oleh organ abdomen sehingga peritoneum parietalis dan peritoneum viseral dapat teraba.

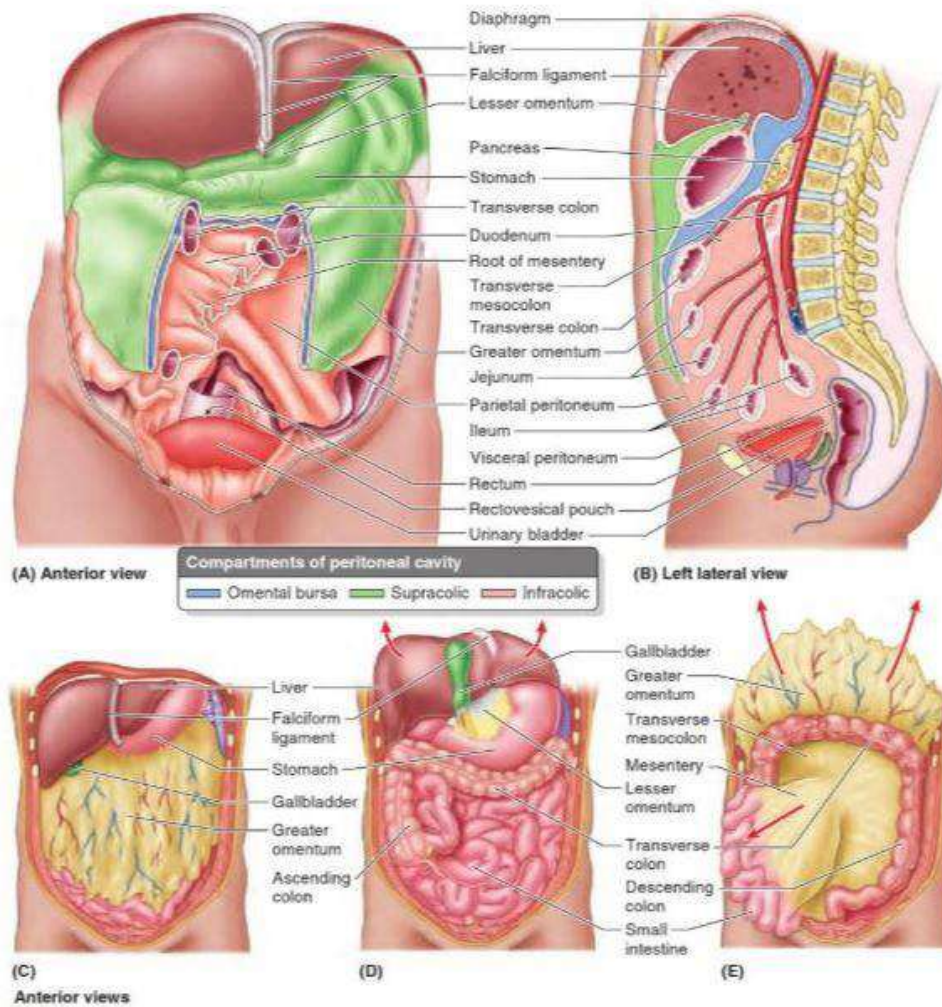
Fungsi Peritoneum:

- a. Tempat melekatnya organ-organ ke dinding abdomen
- b. Membentuk pembatas yang halus sehingga mempermudah organ-organ untuk saling bergerak dan tidak saling bergesekan
- c. Mempermudah pembuluh-pembuluh darah dan saraf untuk mencapai organ-organ tanpa harus dililit oleh lemak dan mengalami penekanan pada peritoneum.
- d. Tempat kelenjar limfe dan pembuluh darah menutupi area yang terinfeksi dengan omentum mayor.
- e. Menjaga kedudukan dan mempertahankan hubungan organ terhadap dinding posterior abdomen.

(Syarifuddin, 2013)

Gambar 2.3

Peritoneum



(Moore, Dalley dan Agur, 2014)

2.1.3 Klasifikasi

2.1.3.1 Peritonitis primer

Terjadi biasanya pada anak-anak dengan syndrome nefritis atau sirosis hati lebih banyak terdapat pada anak-anak perempuan daripada laki-laki. Peritonitis terjadi tanpa adanya sumber infeksi di rongga peritonium, kuman masuk ke rongga peritonium melalui aliran darah atau pada pasien perempuan melalui saluran alat genital (Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.1.3.2 Peritonitis Sekunder

Peritonitis terjadi bila kuman masuk ke rongga peritonium dalam jumlah yang cukup banyak dari lumen saluran cerna peritonium biasanya dapat masuk bakteri melalui saluran getah bening diafragma tetapi bila banyak kuman masuk secara terus menerus akan terjadi peritonitis, apabila ada rangsangan kimiawi karena masuknya asam lambung, makanan, tinja, Hb dan jaringan nekrotik atau bila imunitas menurun. Biasanya terdapat campuran jenis kuman yang menyebabkan peritonitis, sering kuman kuman aerob dan anaerob, peritonitis juga sering terjadi bila ada sumber intra peritoneal seperti appendiksitis, divertikulitis, salpingitis, kolesistitis, pankreatitis, dan sebagainya. Bila ada trauma yang menyebabkan ruptur pada saluran cerna / perforasi setelah endoskopi, kateterisasi, biopsi, atau polipektomi endoskopik, tidak jarang pula setelah perforasi spontan pada tukak peptik atau keganasan saluran cerna, tertelannya benda asing yang tajam juga dapat menyebabkan perforasi dan peritonitis.

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.1.3.3 Peritonitis karena pemasangan benda asing ke dalam rongga peritoneon

yang menimbulkan peritonitis adalah:

- a. Kateter ventrikulo - peritoneal yang dipasang pada pengobatan hidro sefalus
- b. Kateter peritoneal - jugular untuk mengurangi asites
- c. Continous ambulatory peritoneal diayisis

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.1.4 Etiologi

Haryono (2012) menyebutkan penyebab peritonitis, antara lain:

- a. Infeksi Bakteri
 - Mikroorganisme berasal dari penyakit saluran gastrointestinal
 - Appendisitis yang meradang dan perforasi
 - Tukak peptik (lambung/duodenum)
 - Tukak thypoid
 - Tukak disentri amuba/colitis
 - Tukak pada tumor
 - Salpingitis
 - Divertikulitis

Kuman yang paling sering ialah bakteri Coli, streptokokus μ dan b hemolitik, stapilokokus aurens, enterokokus, dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii.

- b. Secara langsung dari luar
 - Operasi yang tidak steril
 - Terkontaminasi *talcum venetum*, *lycopodium*, *sulvonamida*, terjadi peritonitis yang disertai pembentukan jaringan granulomatosa sebagai respon terhadap benda asing, disebut juga peritonitis granulomatosa serta merupakan peritonitis lokal.
 - Trauma pada kecelakaan seperti ruptur limpa dan ruptur hati.
 - Melalui tuba fallopius seperti cacing *enterobius vermicularis*.
Terbentuk pula peritonitis granulomatosa
- c. Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernapasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glomerulonepritis. Penyebab utama adalah streptokokus atau pneumokokus.

2.1.5 Manifestasi Klinik

Haryono (2012) menyebutkan tanda dan gejala peritonitis, antara lain:

- a. Syok (Neurogenik, hipovolemik atau septik) terjadi pada beberapa penderita peritonitis umum
- b. Demam
- c. Distensi abdomen
- d. Nyeri tekan abdomen dan rigiditas yang lokal, difus, atrofi umum, tergantung pada perluasan iritasi peritonitis.
- e. Bising usus tak terdengar pada peritonitis umum dapat terjadi pada daerah yang jauh dari lokasi peritonitisnya.
- f. Nausea

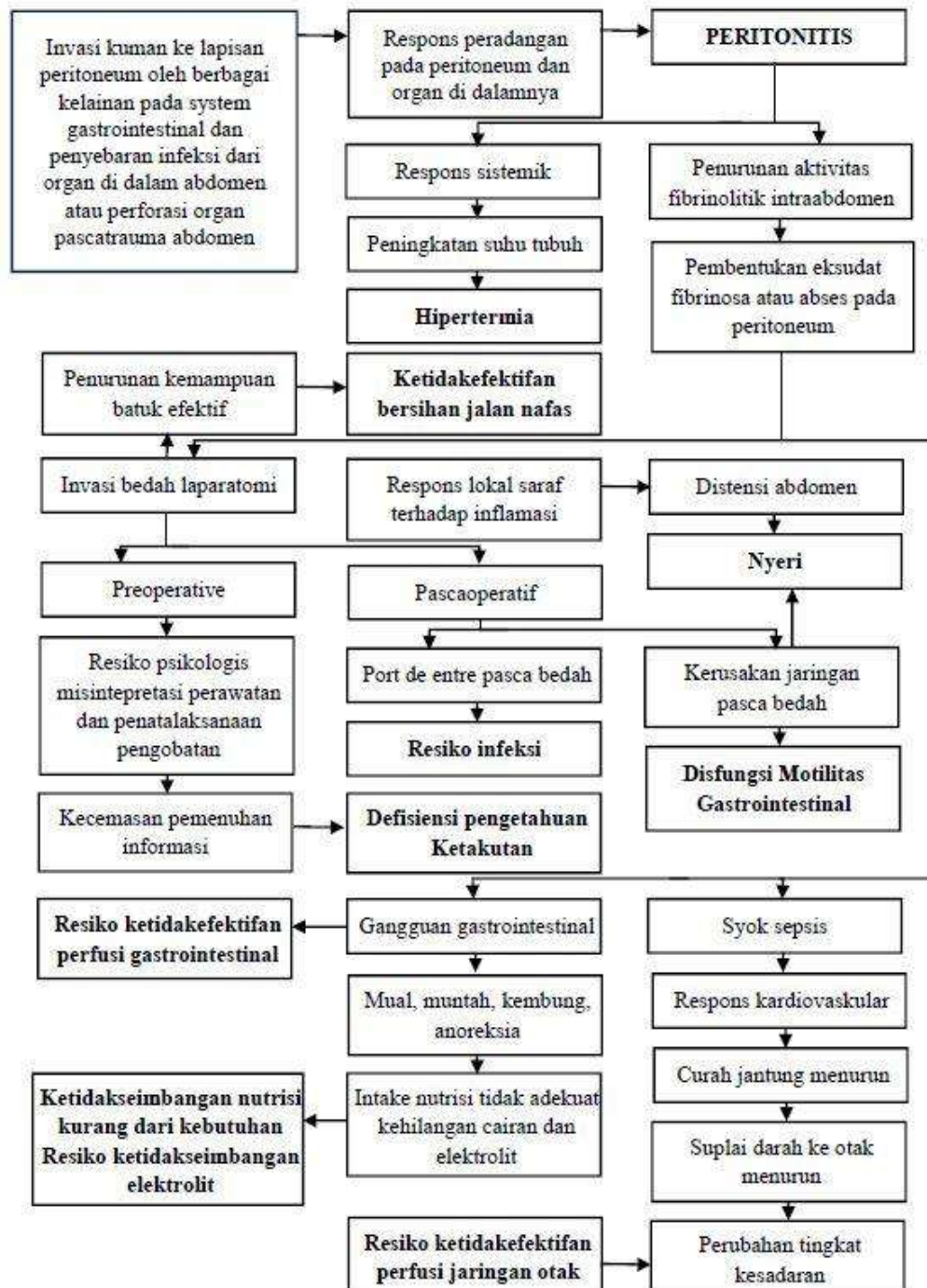
- g. Vomiting
- h. Penurunan peristaltic

2.1.6 Patofisiologi

Invasi kuman ke lapisan peritoneum oleh berbagai kelainan pada system gastrointestinal dan penyebaran infeksi dari organ di dalam abdomen atau perforasi organ pascatrauma abdomen merespons peradangan pada peritoneum dan organ didalamnya yang mengakibatkan peritonitis. Respon sistemik yang terjadi adalah peningkatan suhu tubuh (hipertermia), pada peritonitis terjadi penurunan aktivitas fibrinolitik intra-abdomen yang mengakibatkan pembentukan eksudat fibrinosa atau abses pada peritoneum. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan yaitu invasi bedah lapratomi. Namun, apabila tidak ditangani peritonitis dapat menyebabkan gangguan gastrointestinal hingga syok sepsis (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Bagan 2.1

Patofisiologi Peritonitis



(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Haryono (2012) menyebutkan pemeriksaan penunjang pada peritonitis, antara lain:

- a. Tes laboratorium
 - Leukositosis
 - Hematokrit meningkat
 - Asidosis metabolik
- b. X-ray

Foto polos abdomen 3 posisi (anterior, posterior, lateral), didapatkan:

- Ileus merupakan penemuan yang tak khas pada peritonitis.
- Usus halus dan usus besar dilatasi.
- Udara bebas dalam rongga abdomen terlihat pada kasus perforasi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Prinsip umum pengobatan adalah mengistirahatkan saluran cerna dengan memuaskan pasien, pemberian antibiotik yang sesuai, dekompresi saluran cerna dengan penghisapan nasogastrik atau intestinal, penggantian cairan dan elektrolit yang hilang yang dilakukan secara intravena, pembuangan fokus septik (apendiks) atau penyebab radang lainnya, bila mungkin dengan mengalirkan nanah keluar dan tindakan tindakan menghilangkan nyeri.

Prinsip umum dalam menangani infeksi intraabdominal ada 4, antara lain:

- a. Kontrol infeksi yang terjadi
- b. Membersihkan bakteri dan racun
- c. Memperbaiki fungsi organ

d. Mengontrol proses inflamasi

Eksplorasi laparatomi segera perlu dilakukan pada pasien dengan akut peritonitis. (Nurarif dan Kusuma, 2015)

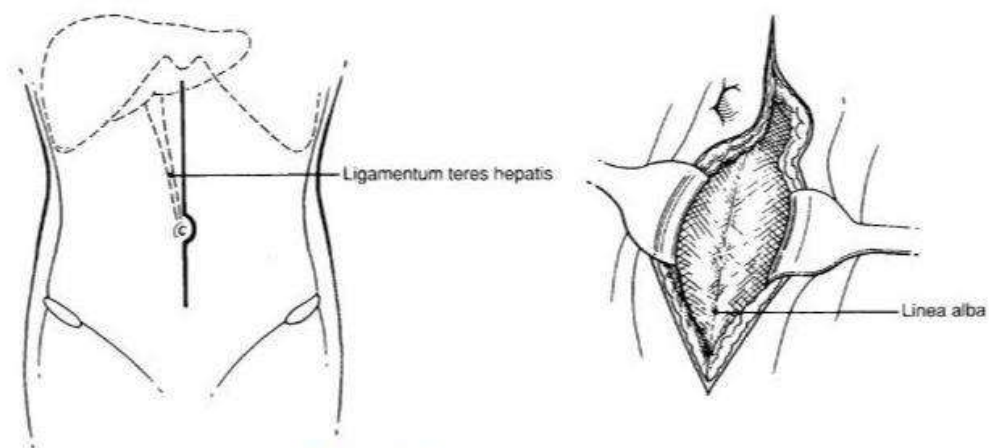
2.2 Laparatomi

2.2.1 Definisi Laparatomi

Laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (perdarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi) (Ditya, Zahari dan Afriwardi, 2016).

Gambar 2.4

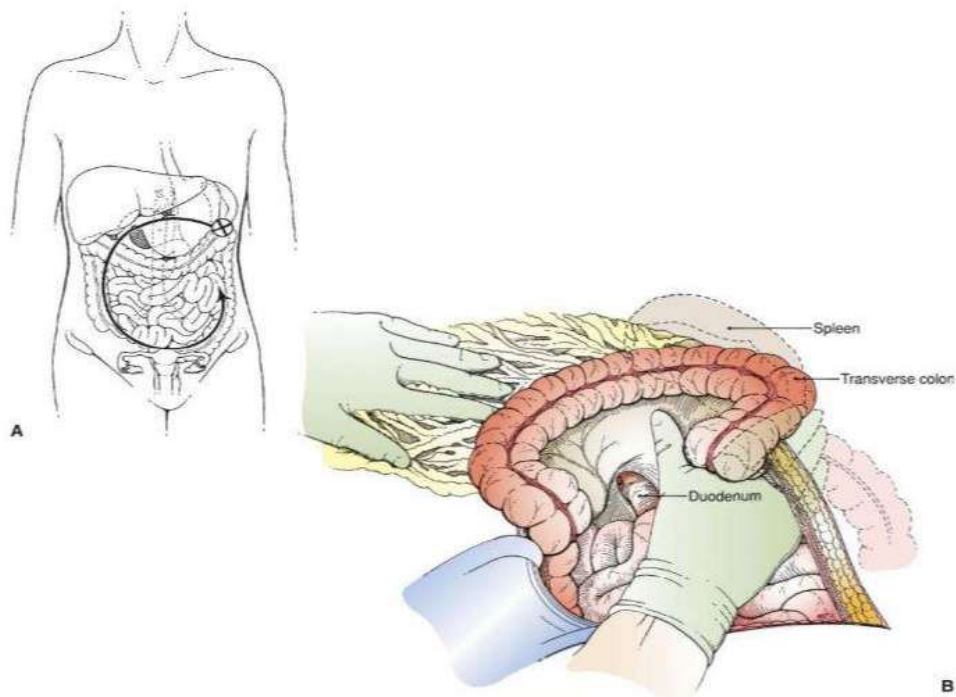
The Vertical Midline Incision



(Scott-Conner, 2014)

Gambar 2.5

Exploration of The Abdomen: Elective Laparotomy. A: Schematic showing one method of systematic exploration of the entire abdomen. B: Evisceration of transverse colon and omentum to allow palpation of splenic flexure of colon, descending colon, and left retroperitoneum



(Scott-Conner, 2014)

2.2.2 Klasifikasi

- a. Midline incision
- b. Paramedian, yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12cm).
- c. Transverse upper abdomen incision, yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan *cholecistotomy* dan *splenectomy*.

- d. Transverse lower abdomen incision, yaitu insisi melintang di bagian bawah \pm 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya: pada operasi *appendectomy*.

(Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2015)

2.2.3 Indikasi laparatomi

Haryono (2012) menyebutkan indikasi peritonitis, antara lain:

- a. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar
- b. Peritonitis
- c. Perdarahan saluran pencernaan (internal bleeding)
- d. Sumbatan pada usus halus dan besar
- e. Masa pada abdomen

2.2.4 Komplikasi laparatomi

Haryono (2012) menyebutkan komplikasi post laparatomi, antara lain:

- a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis.

Tromboflebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboflebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulatori dini dan kaos kaki TED yang dipakai klien sebelum mencoba ambulatori.

- b. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi.

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus,

organisme; gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik.

- c. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi

Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi tepi luka yang telah dijahit. Eviserasi luka adalah keluarnya organ organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

2.2.5 Proses penyembuhan luka

Padila (2012) menyebutkan proses penyembuhan luka, antara lain:

2.2.5.1 Fase pertama

Berlangsung pada hari ke-3. Batang leukosit banyak yang rapuh/rusak. Sel-sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabut-serabut bening digunakan sebagai kerangka.

2.2.5.2 Fase kedua

Dari hari ke-3 sampai hari ke-14. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggiran sel epitel timbul sempurna 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

2.2.5.3 Fase ketiga

Sekitar 2 sampai 10 minggu. Kolagen terus menerus ditimbun. Timbul jaringan-jaringan baru dan otot dapat digunakan kembali.

2.2.5.4 Fase keempat.

Fase terakhir, penyembuhan akan menyusut dan mengering.

2.2.6 Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan.
- b. Mempercepat pembedahan.
- c. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin
- d. Mempertahankan konsep diri pasien.
- e. Mempersiapkan pasien pulang

(Padila, 2012).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Berdasarkan pendapat dari para ahli tentang tahapan dalam proses keperawatan, tahap dimulai dengan: tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan serta tahap evaluasi. (Budiono, 2016).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Budiono, 2016).

Pengkajian pada klien post laparatomi antara lain sebagai berikut:

a. Identitas Klien

Nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku / bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, tanggal operasi, no medrec, diagnosa medis dan alamat.

b. Keluhan Utama

Pada klien dengan post operasi laparatomi biasanya terdapat rasa sakit, mual dan muntah (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2015).

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang ditemukan pada saat pengkajian yang dijabarkan dari keluhan utama dengan menggunakan teknik PQRST, yaitu:

- P (Provokatif atau Paliatif), hal-hal yang dapat mengurangi atau memperberat. Biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila klien bergerak atau batuk dan nyeri berkurang bila klien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat.

- Q (Quality dan Quantity), yaitu bagaimana gejala dirasakan nampak atau terdengar, dan sejauh mana klien merasakan keluhan utamanya. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala ≥ 5 (0-10) dan biasanya membuat klien kesulitan untuk beraktivitas.

- R (Regional/area radiasi), yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka post operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen.

- S (Severity), yaitu identitas dari keluhan utama apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya aktivitas klien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka post operasi.

- T (Timing), yaitu kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji apakah klien pernah menderita penyakit sebelumnya dan kapan terjadi. Biasanya klien memiliki riwayat penyakit gastrointestinal

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga yang memiliki penyakit serupa dengan klien, penyakit turunan maupun penyakit kronis. Mungkin ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit gastrointestinal.

d. Perubahan Aktivitas Sehari-hari

Perbandingan kebiasaan di rumah dan di rumah sakit, apakah terjadi gangguan atau tidak. Kebiasaan sehari-hari yang perlu dikaji meliputi: makan, minum, eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), istirahat tidur, personal hygiene, dan ketergantungan. Biasanya

klien kesulitan melakukan aktivitas, seperti makan dan minum mengalami penurunan, istirahat tidur sering terganggu, BAB dan BAK mengalami penurunan, personal hygiene kurang terpenuhi.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang anda lakukan dengan menggunakan metode atau teknik *P.E. (Physical Examination)* yang terdiri dari:

- 1) Inspeksi, yaitu: teknik yang dapat anda lakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
- 2) Palpasi, yaitu: suatu teknik yang dapat anda lakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang anda perlu perhatikan adalah:
 - a) Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai
 - b) Tangan anda harus dalam keadaan kering, hangat, kuku pendek
 - c) Semua bagian nyeri dilakukan palpasi yang paling akhir
- 3) Perkusi, adalah: pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk: mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: Sonor, Redup, Pekak, Hipersonor/timpani.

- 4) Auskultasi, adalah: pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Permeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post laparatomi, antara lain, sebagai berikut.

- 1) Keadaan Umum

Kesadaran dapat compos mentis sampai koma tergantung beratnya kondisi penyakit yang dialami, tanda-tanda vital biasanya normal kecuali bila ada komplikasi lebih lanjut, badan tampak lemas.

- 2) Sistem Pernapasan

Terjadi perubahan pola dan frekuensi pernapasan menjadi lebih cepat akibat nyeri, penurunan ekspansi paru.

- 3) Sistem Kardiovaskuler

Mungkin ditemukan adanya perdarahan sampai syok, tanda-tanda kelemahan, kelelahan yang ditandai dengan pucat, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, tekanan darah dan nadi meningkat.

- 4) Sistem Pencernaan

Mungkin ditemukan adanya mual, muntah, perut kembung, penurunan bising usus karena puasa, penurunan berat badan, dan konstipasi.

- 5) Sistem Perkemihan

Jumlah output urin sedikit karena kehilangan cairan tubuh saat operasi atau karena adanya muntah. Biasanya terpasang kateter.

6) Sistem Endokrin

Dikaji riwayat dan gejala-gejala yang berhubungan dengan penyakit endokrin, periksa ada tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem endokrin.

7) Sistem Persarafan

Dikaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS dan dikaji semua fungsi nervus kranialis. Biasanya tidak ada kelainan pada sistem persarafan.

8) Sistem Integumen

Adanya luka operasi pada abdomen. Mungkin turgor kulit menurun akibat kurangnya volume cairan.

9) Sistem Muskuloskeletal

Biasanya ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri.

10) Sistem Penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Biasanya tidak ada tanda-tanda penurunan pada sistem penglihatan.

11) Sistem Pendengaran

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Schwabach. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran.

f. Riwayat Psikologi

1) Data Psikologi

Biasanya klien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas.

2) Data sosial

Kaji ubungan klien dengan keluarga, klien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya klien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar.

3) Data spiritual

Kaji Pandangan klien terhadap penyakitnya, dorongan semangat dan keyakinan klien akan kesembuhannya dan secara umum klien berdoa untuk kesembuhannya. Biasanya aktivitas ibadah klien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka post operasi.

g. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan laboratorium:

- 1) Elektrolit: dapat ditemukan adanya penurunan kadar elektrolit akibat kehilangan cairan berlebihan
- 2) Hemoglobin: dapat menurun akibat kehilangan darah
- 3) Leukosit: dapat meningkat jika terjadi infeksi

h. Terapi

Biasanya klien post *laparotomy* mendapatkan terapi analgetik untuk mengurangi nyeri, antibiotik sebagai anti mikroba, dan antiemetik untuk mengurangi rasa mual.

2.3.2 Diagnosis

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dalam proses keperawatan setelah anda melakukan pengkajian keperawatan dan pengumpulan data hasil pengkajian. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan actual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Budiono, 2016). Tujuan diagnosis keperawatan adalah memungkinkan anda sebagai perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Budiono, 2016).

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada klien post operasi laparotomi eksplorasi menurut Nurarif dan Kusuma (2015) adalah:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d penurunan kemampuan batuk efektif
- b. Nyeri Akut b.d agen cedera fisik (invasi bedah laparotomi)
- c. Resiko Infeksi b.d port de entre pasca bedah
- d. Disfungsi motilitas gastrointestinal b.d kerusakan jaringan pasca bedah

2.3.3 Perencanaan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Budiono, 2016).

Tabel 2.1

Intervensi

Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas	NOC	NIC	Rasional
Definisi: Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dai saluran pernapasan untuk mempertahankan kebersihan jalan napas.	a. Respiratory status: Ventilation b. Respiratory status: Airway patency Kriteria Hasil: a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak pursed lips) b. Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal) c. Mampu mengidentifikasi faktor yang dapat menghambat jalan napas	Airway suction a. Pastikan kebutuhan oral/tracheal <i>suctioning</i> b. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah <i>suctioning</i> c. Informasikan pada klien dan keluarga tentang <i>suctioning</i> d. Minta klien napas dalam sebelum suction dilakukan e. Berikan O2 dengan menggunakan nasal suksion untuk memfasilitasi nasotrakeal f. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal g. Monitor status oksigen pasien Airway Manajemen a. Buka jalan napas, gunakan Teknik <i>chin lift</i> atau <i>jaw thrust</i> bila perlu b. Posisikan pasien	a. Suctioning dilakukan apabila terdapat gurgling (suara napas berisik seperti berkumur) pada klien. b. Tujuan dilakukannya suction yaitu untuk menghilangkan sekret yang menyumbat jalan napas, untuk mempertahankan patensi jalan napas, mengambil sekret untuk pemeriksaan laboratorium, untuk mencegah infeksi dari akumulasi cairan sekret c. Posisi semi fowler dapat meningkatkan ekspansi paru-paru, ventilasi maksimal membuka area

<p>berlebihan</p> <p>j. Batuk yang tidak efektif</p> <p>k. Orthopneu</p> <p>l. Gelisah</p> <p>Faktor-faktor yang berhubungan:</p> <p>a. Lingkungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perokok pasif - Mengisap asap - Merokok <p>b. Obstruksi jalan napas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spasme jalan napas - Mokus dalam jumlah berlebihan - Eksudat dalam jalan alveoli - Materi asing dalam jalan napas - Adanya jalan napas buatan - Sekresi bertahan/sisa sekresi - Sekresi dalam bronki <p>c. Fisiologis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jalan napas alergik - Asma - Penyakit paru obstruktif kronik - Hiperplasi dinding bronkial - Infeksi - Disfungsi neuromuskular 	<p>untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>c. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>d. Keluarkan sekret dengan batuk atau suksion</p> <p>e. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan</p> <p>f. Berikan bronkodilator bila perlu</p> <p>g. Berikan pelembab udara kasa basa NaCl lembab</p> <p>h. Monitor respirasi dan status O₂</p>	<p>atelektasis dan peningkatan gerakan sekret agar mudah dikeluarkan</p>
--	--	--

Nyeri Akut	NOC	NIC	Rasional
<p>Definisi: Pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan selera makan Perubahan tanda vital Perilaku distraksi Sikap melindungi nyeri Gangguan tidur 	<ol style="list-style-type: none"> Pain level Pain control Comfort level <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri Mampu mengenali nyeri Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri pencahayaan ruangan dan kebisingan Lakukan penanganan nyeri non farmakologi Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Tingkatkan istirahat Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil <p>Analgesic Administration</p> <ol style="list-style-type: none"> Tentukan lokasi, kualitas, karakteristik, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu. Tentukan pilihan anagesik sesuai tipe dan beratnya nyeri. Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian, dan dosis 	<ol style="list-style-type: none"> Nyeri tidak selalu ada tetapi bila ada harus dibandingkan dengan gejala nyeri pasien sebelumnya dimana dapat membantu mendiagnosa etiologi perdarahan dan terjadinya komplikasi Isyarat nonverbal dapat berupa fisiologis dan psikologis serta dapat digunakan untuk digabungkan dengan isyarat verbal untuk mengevaluasi perluasan dan keparahan masalah. Lingkungan yang nyaman dan tenang dapat mengurangi stress terhadap nyeri Obat analgetik mampu mengurangi nyeri melalui penghambatan rangsang nyeri di SSP Untuk mengetahui keefektifan manajemen nyeri

- optimal.
 e. Monitor *Vital sign*.
 f. Evaluasi efektifitas analgesik

Resiko Infeksi	NOC	NIC	Rasional
<p>Definisi: Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik</p> <p>Faktor-faktor resiko:</p> <p>a. Penyakit kronis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes militus - Obesitas <p>b. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen</p> <p>c. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan peristalsis - Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) - Perubahan sekresi pH - Penurunan kerja siliaris - Pecah ketuban dini - Pecah ketuban lama - Stasis cairan tubuh - Trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan) 	<p>Immune status</p> <p>Knowledge:</p> <p>Infection control</p> <p>Risk control</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, 34 actor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</p> <p>c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>d. Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>e. Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>Infection Control</p> <p>a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</p> <p>b. Pertahankan teknik isolasi</p> <p>c. Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah meninggalkan pasien</p> <p>e. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan</p> <p>f. Cuci tangan setiap dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>g. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</p> <p>h. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</p> <p>i. Berikan terapi antibiotic bila perlu</p> <p>j. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</p> <p>k. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah</p>	<p>a. Lingkungan yang bersih dapat meminimalisir penyebaran infeksi</p> <p>b. Mencuci tangan dengan antiseptik dapat membunuh bakteri.</p> <p>c. Antibiotik adalah kelompok obat yang digunakan untuk mengatasi dan mencegah infeksi bakteri. Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghentikan bakteri berkembang biak di dalam tubuh</p>

- d. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder
 - Penurunan hemoglobin
 - Imunosupresi
 - Supresi respon inflamasi
- e. Vaksinasi tidak adekuat
- f. Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat
- g. Prosedur invasive
- h. Malnutrisi

Disfungsi Motilitas Gastrointestinal	NOC	NIC	Care
Definisi: Peningkatan, penurunan, ketidakefektifan, atau kurang aktivitas peristaltic di dalam system gastrointestinal	a. Gastrointestinal Function b. Bowel continence	Tube Gastrointestinal a. Monitor bising usus b. Catat intake dan output secara akurat c. Kaji tanda tanda gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit d. Kelola pemberian suplemen elektrolit sesuai instruksi dokter e. Kolaborasi dengan ahli gizi jumlah kalori dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan f. Pasang NGT jika diperlukan g. Monitor warna dan konsistensi dari nasogastrik output h. Monitor diare	a. Sebagai petunjuk awal dalam mendeteksi adanya gangguan pada GIT dan penurunan motilitas usus b. Pemberian jenis dan komposisi nutrisi klien yang tepat, penting untuk memepertahankan status nutrisi klien. c. Pemasangan NGT Menurunkan episode muntah pada klien dan mempermudah pemberian nutrisi.
Batasan	Kriteria Hasil: a. Tidak ada distensi abdomen b. Tidak ada kram abdomen c. Tidak ada nyeri abdomen d. Peristaltic usus dalam batas normal 15-30x/menit e. Frekuensi, warna, konsistensi, banyak feses dalam batas normal f. Tidak ada darah di feses g. Tidak ada diare h. Tidak ada mual dan muntah i. Nafsu makan meningkat	Bowel Inkontinence Care a. Diskusikan prosedur dan criteria hasil yang diharapkan bersama pasien b. Instruksi pasien/keluarga untuk mencatat keluaran feses	
Karakteristik: a. Kram abdomen b. Distensi abdomen c. Nyeri abdomen d. Tidak flatulans e. Akselerasi pengosongan lambung f. Residu lambung berwarna ampedu g. Perubahan bising usus h. Diare i. Kesulitan mengeluarkan feses j. Feses kering			

<ul style="list-style-type: none"> k. Feses keras l. Peningkatan residu lambung m. Mual n. Regurgitasi o. Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> c. Cuci area perianal dengan sabun dan air lalu keringkan d. Jaga kebersihan baju dan tempat tidur e. Lakukan proogram latihan BAB f. Monitor efek samping pengobatan g. Bowel training h. Rencanakan program BAB dengan pasien dan pasien yang lain i. Konsul ke dokter jika pasien memerlukan suppositoria j. Ajarkan ke pasien/keluarga tentang prinsip latihan BAB k. Anjurkan pasien untuk cukup minum l. Kolaborasi pemberian suppositoria jika memungkinkan m. Evaluasi status BAB secara rutin n. Modifikasi program BAB jika diperlukan
---	---

Faktor yang berhubungan

- a. Ansietas
- b. Pemberian makanan enteral
- c. Intoleransi makanan
- d. Imobiltas
- e. Makanan kontaminan
- f. Malnutrisi
- g. Mediaksil
- h. Prematuritas
- i. Gaya hidup monoton
- j. pembedahan

**Bowel Irrigation
Gastrointestinal Tube
Medication
Administration:
Enteral**

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.3.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Budiono, 2016)

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Budiono, 2016). Dalam buku “Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Konsep Dasar Keperawatan”, Budiono (2016) menjelaskan proses evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, seperti hal berikut:

a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologic, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan / ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Komponen format yang sering digunakan oleh perawat dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP atau SOAPIER. (Budiono, 2016)

1) S, artinya Data Subjektif

Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2) O, artinya Data Objektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi anda secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3) A, artinya Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4) P, artinya *Planning*

a) Perencanaan keperawatan yang akan anda lakukan, anda hentikan, anda modifikasi, atau anda tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

b) Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

c) Tindakan yang perlu dilakukan adalah tindakan kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya

- d) Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien. Tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternative pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.
- 5) I, artinya Implementasi
- Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (*Planning*). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.
- 6) E, artinya Evaluasi
- Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan
- 7) R, artinya *Re-assesment*
- Re-assesment* adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan, yang didefinisikan dalam berbagai perspektif. Berikut ini beberapa pengertian nyeri yang dikutip dari Sulistyono Andarmoyo (2017), antara lain: Asosiasi internasional untuk penelitian nyeri (*Association for The Study of Pain*, IASP, 1979)

mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan. Arthur C. Curton (1983) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri. Melzack dan Wall (1988) mengatakan bahwa nyeri adalah pengalaman pribadi, subjektif, yang dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian, dan variabel-variabel psikologis lain, yang mengganggu perilaku berkelanjutan dan memotivasi setiap orang untuk menghentikan rasa tersebut. Dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah sensasi tidak nyaman yang disebabkan oleh kerusakan jaringan.

2.4.2 Fisiologi Nyeri

Proses terjadinya nyeri merupakan suatu rangkaian yang rumit. Proses atau mekanisme ini akan melewati beberapa tahapan, yaitu diawali dengan adanya *stimulasi, transduksi, transmisi, persepsi, dan modulasi* (Andarmoyo, 2017).

2.4.2.1 Stimulus

Seperti halnya berbagai stimulus yang disadari lainnya, persepsi nyeri diantarkan oleh neuron khusus yang bertindak sebagai reseptor, pendeteksi stimulus, penguat, dan penghantar menuju system saraf pusat. Reseptor khusus tersebut dinamakan *nociceptor*. Mereka tersebar luas dalam lapisan *superficial* kulit dan juga dalam jaringan dalam tertentu, seperti *periosteum*,

dinding arteri, permukaan sendi serta *falks* dan *tentorium serebri* (Andarmoyo, 2017)

Tabel 2.2

Tipe Stimulus Nyeri, Sumber dan Proses Patofisiologi

Tipe Stimulus	Sumber	Proses Patofisiologi
Mekanik	Gangguan dalam cairan tubuh distensi duktus Lesi yang mengisi ruangan (tumor)	Distensi odema pada jaringan tubuh Regangan ductus lumen sempit (misal saluran batu ginjal melalui ureter) Iritasi saraf penter oleh pertumbuhan lesi di dalam ruangan lesi
Kimia	Perforasi organ visceral	Iritasi kimiawi oleh sekresi pada ujung-ujung saraf yang sensitif (misal ruptur ependiks, ulkus di duodenum)
Termal	Terbakar (akibat panas atau dingin yang ekstrem)	Inflamasi atau hilangnya lapisan supervisial atau epidermis, yang menyebabkan peningkatan sensitivitas ujung-ujung saraf
Listrik	Terbakar	Lapisan kulit terbakar disertai cedera jaringan subkutan dan cedera jaringan otot, menyebabkan cedera pada ujung-ujung saraf.

(Andarmoyo, 2017)

2.4.2.2 Transduksi

Transduksi merupakan proses ketika suatu stimuli nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri). Terjadi perubahan patofisiologi karena mediator-mediator kimia seperti prostaglandin dari sel rusak, bradikinin, dari plasma, histamin dari sel mast, serotonin dari trombosit dan substansi P dari ujung saraf nyeri

mempengaruhi juga nosiseptor diluar daerah trauma sehingga lingkaran nyeri meluas. Selanjutnya, terjadi proses sensitisasi perifer, yaitu menurunnya nilai ambang rangsang nosiseptor karena pengaruh mediator-mediator tersebut di atas dan penurunan pH jaringan. Akibatnya, nyeri dapat timbul karena rangsang yang sebelumnya tidak menimbulkan nyeri misalnya rabaan (Andarmoyo, 2017).

2.4.2.3 Transmisi

Transmisi merupakan proses penerusan impuls nyeri dari *nociceptor* saraf perifer melewati cornu dorsalis dan corda spinalis menuju korteks serebri. Cordu dorsalis dari medulla spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori. Serabut perifer (misal reseptor nyeri) berakhir di sini dan serabut traktus sensori asenden berawal di sini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neuronal desenden dan traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri (Andarmoyo, 2017).

Transmisi nyeri terjadi melalui serabut saraf aferen (serabut *nociceptor*) yang terdiri dari dua macam, yaitu serabut A (A delta) yang peka terhadap nyeri tajam dan panas disebut juga dengan *first pain/fast pain* dan serabut C (C fiber) yang peka terhadap nyeri tumpul dan lama yang disebut *second pain/slow pain* (Andarmoyo, 2017).

Tabel 2.3

Perbedaan Serabut Saraf A-Delta dan C

Serabut A-Delta	Serabut C
Bermielinasi	Tidak bermielinasi
Diameter 2-5 mikrometer	Diameter 0,4-12,2 mikrometer
Kecepatan hantar 12-30 m/detik	Kecepatan hantar 0,5-2 m/detik
Menyalurkan impuls nyeri yang bersifat tajam, menusuk, terlokalisasi dan jelas	Menyalurkan impuls nyeri yang bersifat tidak terlokalisasi dan terus-menerus

(Andarmoyo, 2017)

2.4.2.4 Modulasi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh system saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri. Hambatan terjadi melalui system *analgesia endogen* yang melibatkan bermacam-macam neurotransmitter antara lain *endorphin* yang dikeluarkan oleh sel otak dan *neuron* di *spinal*. Impuls ini bermula dari area *periaqueductuagrey* (PAG) dan menghambat transmisi impuls pre maupun pascasinaps di tingkat *spinalis*. Modulasi nyeri dapat timbul di *nosiseptor perifer* medulla *spinalis* atau *supraspinalis* (Andarmoyo, 2017).

2.4.2.5 Persepsi

Persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang diterima. Rekonstruksi merupakan hasil interaksi system saraf sensoris, informasi kognitif (*korteks serebri*) dan pengalaman emosional (*hipokampus dan amigdala*). Persepsi menentukan berat ringannya nyeri dirasakan. Setelah sampai ke otak, nyeri dirasakan secara sadar dan menimbulkan respons berupa perilaku dan ucapan yang merespons adanya

nyeri. Perilaku yang ditunjukkan seperti menghindari stimulus nyeri, atau ucapan akibat respons seperti “aduh”, “auw”, “ah” (Andarmoyo, 2017).

2.4.3 Klasifikasi Nyeri

2.4.3.1 Nyeri Berdasarkan Durasi

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang (Andarmoyo, 2017).

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Andarmoyo, 2017).

Tabel 2.4

Perbandingan Karakteristik Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Tujuan/keuntungan	- Memperingatkan adanya cedera atau masalah	- Tidak ada
Awitan	- Mendadak	- Terus menerus atau intermiten
Intensitas	- Ringan sampai berat	- Ringan sampai berat
Durasi	- Durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan)	- Durasi lama (6 bulan atau lebih)
Respon otonom	- Konsisten dengan respon stres simpatis - Frekuensi jantung meningkat - Volume sekuncup meningkat - Tekanan darah meningkat - Dilatasi pupil meningkat - Motilitas gastrointestinal menurun - Aliran saliva menurun (mulut kering)	- Tidak terdapat respon otonom
Komponen psikologis	- Ansietas	- Depresi - Mudah marah - Menarik diri dan minat dunia luar - Menarik diri dari persahabatan
Respon jenis lainnya		- Tidur terganggu - Libido menurun - Nafsu makan menurun
Contoh	- Nyeri bedah, trauma	- Nyeri kanker, artritis, neuralgia trigeminal

(Andarmoyo, 2017)

2.4.3.2 Nyeri Berdasarkan Asal

a. Nyeri Nosiseptif

Nyeri Nosiseptif (*nociceptive pain*) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivasi atau sensitasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus *noxious*.

Nyeri nosiseptif perifer dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain lain. Hal ini dapat terjadi pada nyeri post operatif dan kanker. Dilihat dari sifat nyerinya maka nyeri nosiseptif merupakan nyeri akut. Nyeri akut merupakan nyeri nosiseptif yang mengenai daerah perifer dan letaknya lebih terlokalisasi (Andarmoyo, 2017).

b. Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem saraf perifer. Nyeri ini lebih sulit diobati. Pasien akan mengalami nyeri seperti rasa terbakar, *tingling*, *shooting*, *shock like*, *hypergesia*, atau *allodynia*. Nyeri neuropatik dari sifat nyerinya merupakan nyeri kronis (Andarmoyo, 2017).

2.4.3.3 Nyeri Berdasarkan Lokasi

a. Superficial atau Kutaneus

Nyeri superficial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan terlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi (Andarmoyo, 2017).

b. **Viseral Dalam**

Nyeri viseral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulus organ-organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah. Durasinya bervariasi tetapi biasanya berlangsung lebih lama daripada nyeri superficial. Pada nyeri ini juga menimbulkan rasa tidak menyenangkan, dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Nyeri dapat terasa tajam, tumpul, atau unik tergantung organ yang terlibat. Contoh sensasi pukul (*Crushing*) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung (Andarmoyo, 2017).

c. **Nyeri Alih (*Referred Pain*)**

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Jalan masuk neuron sensori dari organ yang terkena ke dalam segmen medulla spinalis sebagai neuron dari tempat asal nyeri dirasakan, persepsi nyeri pada daerah yang tidak terkena. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik. Contoh nyeri yang terjadi pada *infark miokard*, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri; batu empedu, yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan (Andarmoyo, 2017).

d. **Radiasi**

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristiknya nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh. Nyeri

dapat menjadi intermiten atau konstan. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskus intravertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik (Andarmoyo, 2017).

2.4.4 Penilaian Respons Intensitas Nyeri

2.4.4.1 Skala deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini doranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan (Andarmoyo, 2017).

Gambar 2.6
Skala Nyeri Deskriptif

Tidak nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat	Nyeri yang tidak tertahankan
-------------	--------------	--------------	-------------	------------------------------

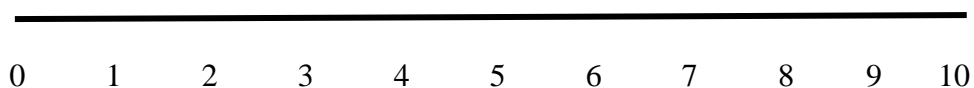
(Andarmoyo, 2017)

2.4.4.2 Skala Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Andarmoyo, 2017)

Gambar 2.7

Skala Nyeri Numerik



(Andarmoyo, 2017)

2.4.4.3 Skala Analog Visual

Skala analog visual (*Visual Analog Scale, VAS*) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk mengukur skala intensitas nyeri pada anak-anak, dikembangkan alat yang dinamakan *oucher*, yang terdiri dari dua skala yang terpisah: sebuah skala dengan nilai 0-100 pada sisi sebelah

kiri untuk anak-anak yang lebih besar dan skala fotografik enam gambar pada sisi kanan untuk anak-anak yang lebih kecil. Foto wajah seorang anak (dengan peningkatan rasa tidak nyaman) dirancang sebagai petunjuk untuk memberi anak-anak pengertian sehingga dapat memahami makna dan tingkat keparahan nyeri. Versi etnik yang baru pada alat telah dikembangkan. Wong dan Baker mengembangkan skala wajah untuk mengkaji pada anak-anak. Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum “tidak merasa nyeri” kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan “nyeri yang sangat” (Andarmoyo, 2017).

Gambar 2.8

Skala Nyeri Analog Visual

Tidak Nyeri

Nyeri yang tidak
tertahankan

(Andarmoyo, 2017)

Gambar 2.9

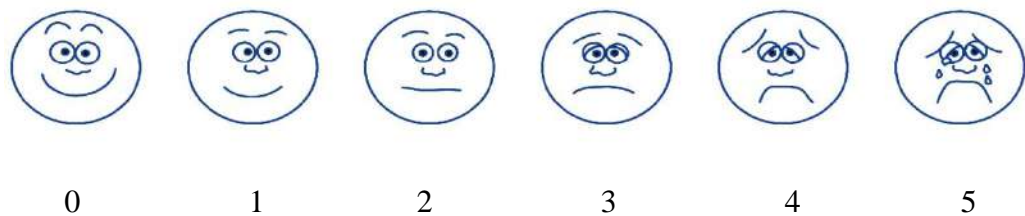
Skala Nyeri Oucher



(Andarmoyo, 2017)

Gambar 2.10

Skala Nyeri Wong Baker



(Andarmoyo, 2017)

2.4.5 Faktor Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

- a. Usia
- b. Jenis kelamin
- c. Kebudayaan
- d. Makna nyeri

- e. Perhatian
- f. Ansietas
- g. Keletihan
- h. Pengalaman sebelumnya
- i. Gaya koping
- j. Dukungan keluarga dan social
- k. Penilaian respons intensitas nyeri

2.4.6 Penatalaksanaan Nyeri

2.4.6.1 Strategi Penatalaksanaan Nyeri Farmakologis

Analgesik merupakan metode paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik dalam penanganan nyeri karena informasi obat yang tidak benar, karena adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesic narkotik dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan. Ada tiga jenis analgesic, yakni 1) non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), 2) analgetik narkotik atau opiate, dan 3) obat tambahan (Adjuvan) sebagaimana tertera pada tabel berikut.

Tabel 2.5

Analgetik dan Indikasi Terapi

Kategori Obat	Indikasi
ANALGESIK NON-NARKOTIK	
Asetaminofen (Tylenol)	Nyeri pascaoperasi ringan
Asam Asetilsalisilat (aspirin)	Demam
NSAID	
Ibuprofen (Motrin, Nuprin)	Dismenore
Naporoksen (Naprosyn)	Nyeri kepala vaskuler
Indometasin (Indocin)	Artitis rheumatoid
Tolmetin (Tolectin)	Cedera atletik jaringan lunak
Piroksikam (Feldene)	Gout
Ketorolak (Toradol)	Nyeri pasca-operasi
ANALGESIK NARKOTIK	
Memperidin (Domorol)	Nyeri kanker (kecuali memparidin)
Metimorfin (Kodoin)	Infark Miokard
Morfin sulfat	
Fentanyl (Sublimaze)	
Butanol (Stadol)	
Hidromorfon HCL (Dilaudid)	
ADJUVAN	
Amitriptilin (elval)	Cemas
Hidroksin (Vistaril)	Depresi
Klorpromazin (Thorazine)	Mual
Diazepam (Valium)	Muntah

(Andarmoyo, 2017)

a. Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

NSAID Non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomi, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian, yaitu Ketorolak (Toradol), merupakan agen analgesik pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan Morfin (Andarmoyo, 2017). Seperti diketahui bahwa waktu plasma ketorolak memiliki konsentrasi 54 menit setelah pemberian oral, 38 menit setelah

pemberian intramuskular dan 30 pemberian intravena. Waktu paruh keterolak adalah 4-6 jam (Nurdiansyah, 2015).

b. Analgesik narkotik atau opiate

Analgesik narkotik atau opiate umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pascaoperasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada system saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi (Andarmoyo, 2017).

c. Obat tambahan (*Adjuvant*)

Adjuvant seperti sedatif, anticemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. Agen tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. Sedatif sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental (Andarmoyo, 2017).

2.4.6.2 Strategi Pentalaksanaan Nyeri Nonfarmakologis

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologi merupakan tindakan independent dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri klien. Manajemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam. Andarmoyo (2017) membahas beberapa mengenai tindakan-tindakan peredaan nyeri tersebut.

a. Bimbingan Antisipasi

Bimbingan antisipasi adalah memberikan pemahaman kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat bertujuan untuk memberikan informasi kepada klien, dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri. Informasi yang diberikan kepada klien meliputi aspek-aspek sebagai berikut:

- Kejadian, awitan, dan durasi nyeri yang akan dialami
- Kualitas, keparahan, dan lokasi nyeri
- Informasi tentang cara keamanan klien telah dipastikan
- Penyebab nyeri
- Metode mengatasi nyeri yang digunakan oleh perawat dan klien
- Harapan klien selama menjalani prosedur

b. Terapi Es dan Panas/Kompres Panas dan Dingin

Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian panas, pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut. Dengan cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat yang dibuang akan diperbaiki. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit/nyeri dan akan menunjang proses penyembuhan luka dan proses peradangan. Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Agar efektif, es dapat

diletakkan pada tempat cedera segera setelah cedera terjadi. Sementara terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

c. Stimulasi Saraf Elektris Transkutan/TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) adalah suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetarkan, atau mendengung pada area nyeri. TENS adalah prosedur non-invasif dan merupakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis.

d. Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal di luar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

e. Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas

abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman.

f. Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Upayakan kondisi lingkungan klien mendukung untuk tindakan ini. Kegaduhan, kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang sangat terang perlu dipertimbangkan agar tidak mengganggu klien untuk berkonsentrasi. Beberapa klien lebih rileks dengan cara menutup matanya.

g. Hipnosis

Hipnosis/hipnosa adalah sebuah Teknik yang menghasilkan suatu keadaan yang tidak sadarkan diri, yang dicapai melalui gagasan-gagasan yang disampaikan oleh orang yang menghipnotisnya. Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan kesehatan holistic, hipnosis diri menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka.

h. Akupunktur

Akupunktur adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan proses memasukkan jarum-jarum tajam pada titik-titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik. Teknik akupunktur ini adalah suatu teknik tusuk jarum yang mempergunakan jarum-jarum kecil Panjang (ukuran bervariasi dari 1,7 cm hingga 10 cm) untuk menusuk bagian-bagian tertentu di badan (area yang paling digunakan adalah kaki, tungkai bawah, tangan, dan lengan bawah), guna menghasilkan ketidakpekaan terhadap rasa sakit atau nyeri. Setelah dimasukkan ke dalam tubuh, jarum-jarum itu diputar-putar atau dipakai untuk menghantar arus listrik yang kecil. Titik-titik akupunktur dapat distimulasi dengan memasukkan dan mencabut jarum menggunakan panas, tekanan/pijatan, laser, atau stimulasi elektrik atau kombinasi dari berbagai macam cara tersebut.

i. Umpan Balik Biologis

Prinsip kerja dari metode ini adalah mengukur respons fisiologis, seperti gelombang pada otak, kontraksi otot atau temperatur kulit kemudian “mengembalikan” memberikan informasi tersebut kepada klien. Kebanyakan alat umpan balik biologis/biofeedback terdiri dari beberapa elektroda yang ditempatkan pada kulit dan sebuah amplifier yang mentransformasikan data berupa tanda visual seperti lampu yang berwarna. Klien kemudian mengenali tanda tersebut sebagai respons stress dan menggantikannya dengan respons relaksasi.

j. Masase

Masase adalah melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum, tanpa menyebabkan Gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan/atau memperbaiki sirkulasi.

2.5 Manajemen Nyeri Distraksi Terapi Musik

Terapi musik sebagai teknik relaksasi yang digunakan untuk penyembuhan suatu penyakit dengan menggunakan bunyi atau irama tertentu. Jenis musik yang digunakan dalam terapi musik dapat disesuaikan dengan keinginan, seperti musik klasik, instrumentalia dan slow musik. Mendengarkan musik dapat memproduksi zat endorphins (substansi sejenis morfin yang disuplai tubuh yang dapat mengurangi rasa sakit/nyeri) yang dapat menghambat transmisi impuls nyeri disistem saraf pusat, sehingga sensasi nyeri dapat berkurang, musik juga bekerja pada sistem limbik yang akan dihantarkan kepada sistem saraf yang mengatur kontraksi otot-otot tubuh, sehingga dapat mengurangi kontraksi otot. Musik terbukti menunjukkan efek yaitu menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan dan depresi, menghilangkan nyeri dan menurunkan tekanan darah. Manfaat terapi musik pada periode pasca bedah, yaitu meningkatkan kenyamanan pasien karena relaksasi mampu menurunkan spasme otot, mengurangi kecemasan dan meningkatkan aktivitas parasimpatis. Pada keadaan rileks tubuh akan distimulasi untuk memproduksi endorfin yang

bereaksi menghilangkan rasa sakit, menimbulkan rasa tenang dan pada akhirnya akan merangsang organ-organ tubuh untuk mereproduksi sel-sel yang rusak akibat pembedahan (Nurdiansyah, 2015).

Tabel 2.6

Menggunakan Musik untuk Mengontrol Nyeri

No	Menggunakan Musik untuk Mengontrol Nyeri
1	Pilih musik yang sesuai dengan selera klien. Pertimbangkan usia dan latar belakang
2	Gunakan <i>earphone</i> supaya tidak mengganggu klien atau staf yang lain dan membantu klien berkonsentrasi pada musik.
3	Pastikan tombol-tombol control di radio atau pesawat tape mudah ditekan, dimanipulasi dan dibedakan.
4	Minta anggota keluarga untuk membawa pesawat tape dari rumah.
5	Apabila nyeri yang klien rasakan akut, kuatkan volume musik. Apabila nyeri berkurang kurangi volume.
6	Apabila tersedia music latar, pilih jenis musik umum yang sesuai dengan keinginan klien
7	Minta klien berkonsentrasi pada music dan ikuti irama dengan mengetuk-ngetukan jari atau menepuk-nepuk paha.
8	Hindari interupsi yang diakibatkan cahaya yang remang-remang dan hindari menutup gorden atau pintu.
9	Instruksikan klien tidak menganalisis musik "Nikmati musik kemana pun musik membawa anda".
10	Tinggalkan klien sendiri ketika mereka mendengarkan musik.

(Andarmoyo, 2017)

Varbanova MR dkk (2016) menyebutkan bahwa penggunaan musik dalam periode perioperatif direkomendasikan karena aman, murah, terapi komplementer, selain pendekatan tradisional, bisa untuk meringankan nyeri perioperatif pada pasien pria dengan anestesi umum. Terapi musik terbukti efektivitasnya untuk implementasikan pada bidang kesehatan, karena musik dapat menurunkan kecemasan, nyeri, stres, dan menimbulkan mood yang positif (Astuti dan Merdekawati, 2016).