

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid, 2016). Pengkajian pada pasien post operasi meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit psikososial.

##### a. Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomer register, dan diagnosis medis.

##### b. Keluhan Utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah nyeri pada abdomen.

c. Riwayat Kesehatan

1). Riwayat kesehatan sekarang

Kapan nyeri pertama kali dirasakan dan apa tindakan yang telah diambil sebelum akhirnya klien dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan secara medis.

2). Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit terdahulu sehingga klien dirawat di rumah sakit.

3). Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

4). Riwayat psikososial dan spiritual

Peranan pasien dalam keluarga status emosional meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga tidak harmonis, status dalam pekerjaan. Dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari.

d. Aktivitas sehari-hari (sebelum dan selama sakit)

1). Pola Nutrisi

- 2). Pola Eliminasi
- 3). Pola Personal Hygiene
- 4). Pola Istirahat dan Tidur
- 5). Pola Aktivitas dan Latihan
- 6). Seksualitas/ reproduksi

e. Peran

- 1). Persepsi diri/ Konsep diri
- 2). Kognitif diri/ Konsep diri
- 3). Kognitif perseptual

f. Pemeriksaan

- 1). Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi B6 antara lain, breathing, blood, brain, bladder, bowel dan bone :

Breathing (nafas): sistem respirasi

Pasien belum sadar dilakukan evaluasi seperti pola nafas, tanda-tanda obstruksi, pernafasan cuping hidung, frekuensi nafas, pergerakan rongga dada: apakah simetris atau tidak, suara nafas tambahan: apakah tidak ada obstruksi total, udara nafas yang keluar dari hidung, sianosis pada ekstremitas, auskultasi: adanya wheezing atau ronkhi.

Blood (darah): sistem kardiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler dinilai tekanan darah, nadi, perfusi perifer, status hidrasi (hipotermi  $\pm$  syok) dan kadar Hb.

Brain (otak): sistem SSP

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (Glasgow Coma Scale) dan perhatikan gejala kenaikan TIK 4

Bladder (kandung kemih): sistem urogenitalis

Pada sistem urogenitalis diperiksa kualitas, kuantitas, warna, kepekatan urine, untuk menilai: apakah pasien masih dehidrasi, apakah ada kerusakan ginjal saat operasi, gagal ginjal akut (GGA).

Bowel (usus): sistem gastrointestinalis

Pada sistem gastrointestinalis diperiksa: adanya dilatasi lambung, tanda-tanda cairan bebas, distensi abdomen, perdarahan lambung post operasi, obstruksi atau hipoperistaltik, gangguan organ lain, misalnya: hepar, lien, pancreas, dilatasi usus halus. Pada pasien post operasi mayor sering mengalami kembung yang mengganggu pernafasan, karena pasien bernafas dengan diafragma.

Bone (tulang): sistem muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal dinilai adanya tanda-tanda sianosis, warna kuku, perdarahan post operasi, gangguan neurologis: gerakan ekstremitas.

Data pengkajian pasien post operasi menurut American Society of Post Anesthesia Nurses (ASPAN) dalam (Bardero et al., 2005): jalan nafas, pernafasan, sirkulasi, kardiovaskuler (kecepatan dan irama EKG, tekanan darah, suhu dan keadaan kulit pernafasan (kecepatan, irama, bunyi nafas (auskultasi paru), oksimetri nadi, jalan nafas, dan sistem pemberian oksigen), neurologis (respon terhadap stimulus, bisa mengikuti perintah dan gerakan ekstremitas), ginjal (asupan dan haluaran, jalur intravena dan infuse, irigasi dan drain dan kateter).

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi meliputi (Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid, 2016) :

**Nyeri akut berhubungan dengan dilakukannya tindakan insisi bedah.**

## **C. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan (intervensi) adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, menurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara

menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. (Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid, 2016).

1. Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan dilakukannya tindakan insisi bedah

2. NOC : (a) Anxiety, (b) Fear level, (c) Sleep deprivation, (d) Comfort, dan (e) readiness for enhanced

Kriteria Hasil : Mampu mengontrol kecemasan, Mengontrol nyeri, Kualitas tidur dan istirahat adekuat, Status kenyamanan meningkat

3. NIC : (a) Anxiety Reduction (penurunan kecemasan), (b) Identifikasi tingkat kecemasan, (c) Bantu klien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, (d) Kaji karakteristik nyeri, (e) Instruksi pasien menggunakan teknik relaksasi, (f) Berikan posisi nyaman sesuai kebutuhan, (g) Kolaborasi pemberian obat analgetik.

#### **D. Pelaksanaan**

Pelaksanaan (Implementasi) adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid, 2016). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Perry & Potter, 2011).

### Tahap-tahap dalam Pelaksanaan

1. Tahap Persiapan
2. *Review* rencana tindakan keperawatan
3. Analisis pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan
4. Antisipasi komplikasi yang akan timbul
5. Mempersiapkan peralatan yang diperlukan (waktu, tenaga, alat)
6. Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik
7. Memerhatikan hak-hak pasien, antara lain sebagai berikut.
  - a) Hak atas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan
  - b) Hak atas informasi
  - c) Hak untuk menentukan nasib sendiri
  - d) Hak atas *second opinion*

### Tahap Pelaksanaan

1. Berfokus pada klien
2. Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil
3. Memperhatikan keamanan fisik dan psikologis klien
4. Kompeten.

## **E. Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid, 2016).

Tujuan evaluasi adalah :

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan

## **F. Post Operasi**

### 1. Pengertian Post Operasi

Pembedahan merupakan peristiwa kompleks yang menegangkan, dilakukan di ruang operasi rumah sakit, terutama pembedahan mayor dilakukan dengan persiapan, prosedur dan perawatan post operasi membutuhkan waktu yang lebih lama serta pemantauan yang lebih intensif (Brunner and Suddarth, 2002). Laparatomi merupakan salah satu pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus-kasus: appendistis perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rektum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestistis dan peritonitis (Sjamsuhidayat, 2005). Operasi atau pembedahan merupakan semua tindakan

pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan dilakukan tindakan pembedahan dengan membuat sayatan (Potter & Perry, 2010).

Tindakan pembedahan juga merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien. Berbagai kemungkinan buruk bisa saja terjadi yang akan bisa membahayakan bagi pasien. Maka tidak heran jika seringkali pasien dan keluarganya menunjukkan sikap yang agak berlebihan dengan kecemasan yang mereka alami. Beberapa orang kadang tidak mampu mengontrol kecemasan yang dihadapi, sehingga terjadi disharmoni dalam tubuh. Hal ini akan berakibat buruk, karena apabila tidak segera diatasi akan meningkatkan tekanan darah dan pernafasan yang dapat menyebabkan perdarahan baik pada saat pembedahan ataupun post operasi (Efendy, 2005).

Pembedahan merupakan suatu peristiwa yang bersifat bifasik terhadap tubuh manusia yang berimplikasi pada pengelolaan. Lama waktu pemulihan pasien post operasi normalnya terjadi hanya dalam satu sampai dua jam (Potter & Perry, 2005). Pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit, sehingga pasien akan merasakan nyeri yang hebat rata-rata pada dua jam pertama sesudah operasi karena pengaruh obat anestesi sudah hilang, dan pasien sudah keluar dari kamar sadar (Mulyono, 2008).

Setiap pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan trauma bagi pasien. Salah satu yang sering dikeluhkan klien adalah nyeri. Post operasi pasien yang merasakan nyeri hebat dan 75% penderita mempunyai pengalamn

yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Novarizki, 2009). Hal tersebut merupakan stressor bagi pasien dan akan menambah kecemasan serta ketegangan yang berarti pula menambah rasa nyeri karena rasa nyeri menjadi pusat perhatiannya. Bila pasien mengeluh nyeri maka hanya satu yang mereka inginkan yaitu mengurangi rasa nyeri. Hal itu wajar, karena nyeri dapat menjadi pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Zulaik, 2008). Tingkat dan keparahan nyeri post operasi tergantung pada fisiologis dan psikologis individu dan toleransi yang ditimbulkan nyeri (Brunner dan Suddart, 2002).

## 2. Post *Sectio Caesarea*

### (a). Pengertian

Persalinan merupakan proses fisiologis dari uterus untuk mengeluarkan hasil konsepsi. Persalinan bisa berjalan secara normal, namun apabila proses persalinan mengalami hambatan maka harus dilakukan operasi. *Sectio caesarea* (SC) merupakan salah satu cara yang digunakan untuk membantu proses persalinan ketika tidak bisa dilakukan secara normal (Jitoowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Tindakan SC menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh. Selain itu terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya dilakukan SC diantaranya berkaitan dengan perubahan teknologi, sosial dan faktor dari ibu dan janin yang mempunyai indikasi untuk dilakukan SC ataupun permintaan dari ibu (Frasestr, 2009). Indikasi dilakukan tindakan operasi SC

antara lain adalah presentasi bokong, tunggal, letak lintang, gawat janin, kehamilan kembar, HIV, herpes genital primer pada trisemester ketiga, dan plasenta previa derajat 3 dan 4 (Chapman, 2013). Pada proses SC digunakan anestesi agar pasien tidak merasakan nyeri, namun setelah operasi selesai dan pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Komplikasi atau resiko pada pasien post SC adalah nyeri abdomen, cedera kandung kemih dan ureter, penyakit tromboflebitis, kematian ibu, gangguan stres pasca-trauma (Chapman, 2013).

(b). Kontra indikasi dari *sectio caesare* (SC), menurut (Imam Rasjidi, 2009) adalah :

1. Janin mati
2. Syok
3. Anemia berat
4. Kelainan kongenital berat
5. Infeksi piogenik pada dinding abdomen
6. Minimnya fasilitas operasi SC

(c). Dampak

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual atau potensial (Yuliatun, 2008). Nyeri menimbulkan dampak buruk terhadap proses

penyembuhan luka SC. Oleh karena itu, penanganan nyeri post SC sangat penting untuk dilakukan. Efek membahayakan dari nyeri dibedakan berdasarkan klasifikasi nyeri, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Selain merasa ketidaknyamanan dan mengganggu, nyeri akut yang tidak reda dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Smeltzer dan Bare, 2012).

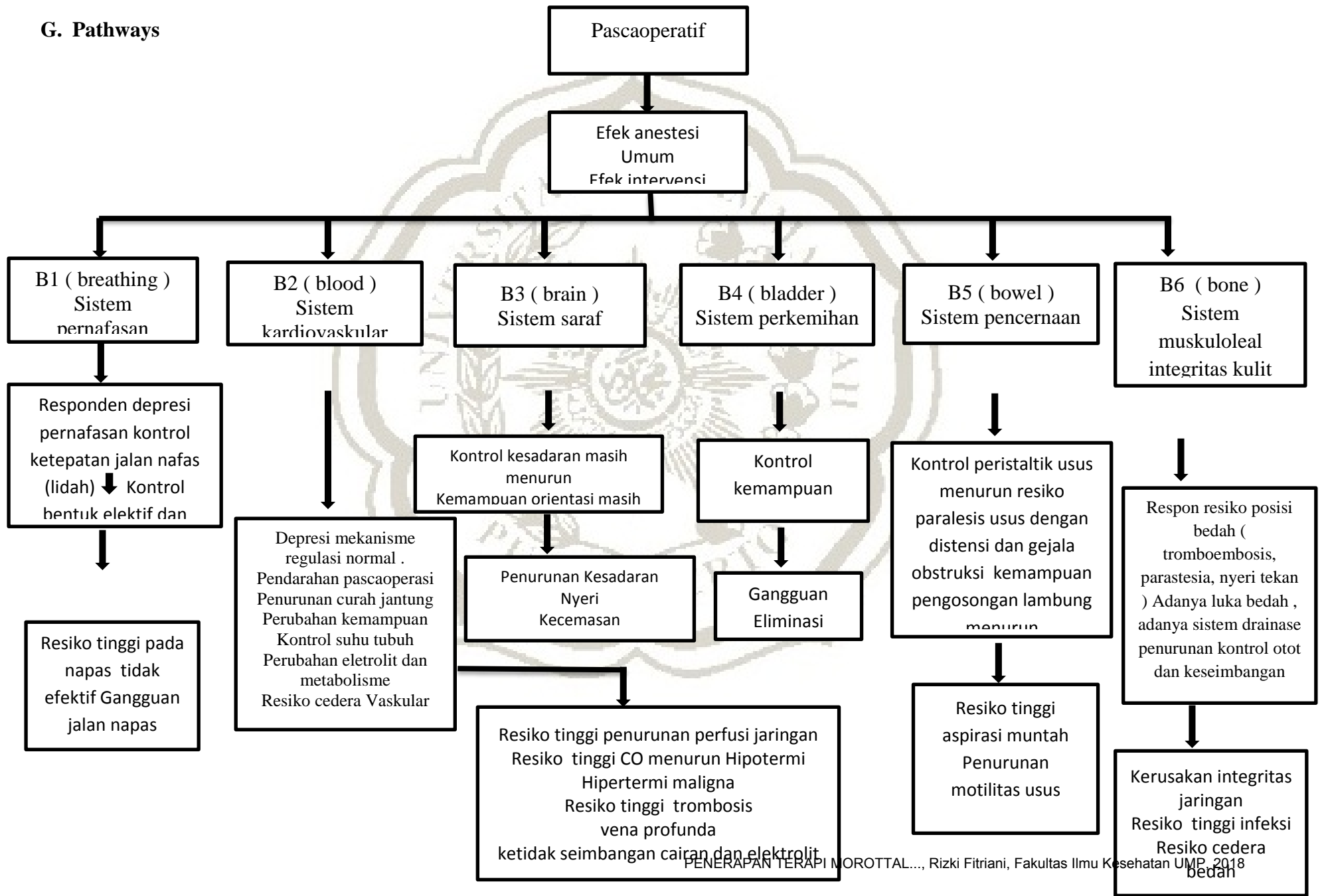
(d). Terapi

Salah satu respon yang dihasilkan oleh tubuh dengan adanya stimulasi nyeri adalah respon fisiologis (respon simpatik dan parasimpatis). Nyeri mengakibatkan stimulasi simpatik, yang akan menyebabkan pelepasan epineprin, adanya peningkatan epineprin mengakibatkan denyut jantung cepat, pernafasan cepat dan dangkal, tekanan pada arteri meningkat (Potter dan Perry, 2010). Banyak pasien dan tenaga kesehatan cenderung menganggap obat sebagai satu-satunya metode menghilangkan nyeri. Pemberian obat analgesik memiliki efek samping yang merugikan seperti mual, muntah dan ketergantungan sehingga dapat menimbulkan resiko kekurangan nutrisi. Oleh karena itu diperlukan metode non farmakologi yang mampu mengatasi nyeri secara efektif tanpa disertai efek samping (Martorella et al., 2008). Salah satu tindakan non farmakologis untuk mengatasi nyeri adalah distraksi pendengaran melalui murottal Al-Qur'an (Al Kaheel, 2012).

Terapi murottal merupakan terapi religi dimana seseorang dibacakan ayat-ayat Al-Qur'an selama beberapa menit atau jam sehingga memberikan

dampak positif bagi tubuh seseorang (Gusmiran, 2005). Terapi murottal mampu memberikan ketentraman, ketenangan dan mengurangi kecemasan. Kondisi tentram dan nyaman ini akan menstimulasi pengeluaran neurotransmitter analgesik (endorphin, enkhepalin, dinorpin) sehingga mengurangi rasa nyeri (Sodikin, 2012). Salah satu surat dalam Al-Qur'an yang dapat digunakan sebagai terapi murottal adalah surat Ar-Rahmaan (Salim, 2012). Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung (sampai mencapai 24 kali per menit), penurunan tekanan darah, penurunan frekuensi nafas (sampai 4-6 kali per menit), penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperature pada extermitas (Gunawan, 2009).

## G. Pathways



## H. Nyeri

### 1. Pengertian Nyeri

Nyeri post operasi mengindikasikan kerusakan atau cedera telah terjadi dengan intensitas ringan sampai berat. Adanya nyeri maka seseorang akan cenderung malas dan takut untuk beraktifitas selain itu masalah yang timbul adalah penurunan kemampuan fungsional dikarenakan adanya nyeri dan kondisi pasien yang masih lemah (Basuki, 2007). Secara umum nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007).

### 2. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya dan waktu lamanya serangan nyeri (Asmadi, 2008).

#### a. Nyeri berdasarkan tempatnya :

1. *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
2. *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
3. *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.

4. *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada system syaraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lain-lain.

b. Nyeri berdasarkan sifatnya :

1. *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.

2. *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.

3. *Paroxysmal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

c. Nyeri berdasarkan berat ringannya :

1. Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.

2. Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.

3. Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.

d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan :

1. Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit arteriosclerosis pada arteri koroner.

2. Nyeri kronis, yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus

menerus terasa makin lama semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalkan nyeri karena neoplasma.

Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis, yaitu :

a. Nyeri akut :

- Waktu kurang dari enam bulan
- Daerah nyeri terlokalisasi
- Nyeri terasa tajam seperti ditusuk, disayat, dicubit dan lain-lain
- Respon system saraf simpatis
- Penampilan klien tampak cemas, gelisah, dan terjadi ketegangan otot.

b. Nyeri kronis :

- Waktu lebih dari enam bulan
- Daerah nyeri menyebar
- Nyeri terasa tumpul seperti ngilu, linu dan lain-lain
- Respon system sraf parasimpatis
- Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri.

### 3. Mekanisme Nyeri

Menurut Asmadi (2008) ada beberapa teori yang menjelaskan mekanisme nyeri. Teori tersebut diantaranya adalah :

a. *The Specificity Theory* (Teori Spesifik)

Otak menerima informasi mengenai objek eksternal dan struktur tubuh

melalui saraf sensoris. Saraf sensoris untuk setiap indra perasa bersifat spesifik. Artinya, saraf sensoris dingin hanya dapat dirangsang oleh sensasi dingin, bukan oleh panas. Begitu pula dengan saraf sensori lainnya.

b. *The Intensity Theory* (Teori Intensitas)

Nyeri adalah rangsangan yang berlebihan pada reseptor. Setiap rangsangan sensori punya potensi untuk menimbulkan nyeri jika intensitasnya cukup kuat.

c. *The Gate Control Theory* (Teori Kontrol Pintu)

Teori ini menjelaskan mekanisme transmisi nyeri. Kegiatannya bergantung pada aktivitas serat saraf aferen yang berdiameter besar atau kecil yang dapat mempengaruhi sel saraf di substansia gelatinosa.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Potter & Perry (2005) ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri seseorang yaitu :

a. Usia

Usia merupakan variabel yang penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

b. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berada dalam berespon terhadap nyeri. Terapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor

biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

c. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatian pada nyeri mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu yang perawat terapkan sebagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, terapi musik, teknik imajinasi terbimbing dan masase.

Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat dapat menempatkan nyeri pada kesadaran perifer.

d. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri, individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Cara individu mengekspresikan nyeri merupakan sifat kebudayaan. Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang.

e. Makna nyeri

Makna seseorang yang dilakukan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu

akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Misalnya, seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera kepala karena pukulan. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

f. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian didalam suatu lingkungan berteknologi tinggi, misalnya unit perawatan intensif maka rasa cemas tersebut dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius nyeri yang tidak kunjung hilang seringkali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

g. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibanding pada akhir hari yang melelahkan.

h. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang

akan datang. Apabila individu mengalami nyeri, dengan jenis yang berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah individu tersebut menginterpretasikan sensasi nyeri. Perawat harus melakukan upaya untuk mempersiapkan klien dengan menerangkan secara jelas tentang jenis nyeri yang akan dialami dan metode yang mengurangi nyeri tersebut.

i. Gaya koping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, bagian sebagian atau keseluruhan. Klien seringkali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber-sumber koping klien selama ia mengalami nyeri. Sumber-sumber seperti berkomunikasi dengan keluarga pendukung, melakukan latihan atau menyanyi dapat digunakan dalam rencana asuhan keperawatan dalam upaya mendukung klien dan mengurangi nyeri sampai tingkat tertentu.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun nyeri tetapi klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orang tua sangat penting terutama bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri.

## 5. Penilaian Nyeri

Ada beberapa cara untuk mengetahui tingkat nyeri menggunakan skala assessment nyeri tunggal atau multidimensi. Skala assessment nyeri :

### A. Un-dimensional

- Hanya mengukur intensitas nyeri
- Cocok untuk nyeri akut
- Skala assessment nyeri un-dimensional meliputi :

#### 1. *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala analog visual adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin di alami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada setiap sentimeter. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya yang sangat mudah dan sederhana.

#### 2. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang dapat digunakan berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang atau redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak berkurang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alam verbal atau kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

### 3. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik dari pada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgetik.

### 4. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Skala ini menggunakan ekspresi wajah klien. Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.

#### B. Multi-dimensional

- Mengukur intensitas dan afektif nyeri
- Diaplikasikan untuk nyeri kronis
- Dapat dipakai untuk outcome assessment klinis
- Skala multi-dimensional meliputi :

#### 1. *McGill Pain Questionnaire (MPQ)*

Terdiri ari empat bagian, yaitu gambar nyeri, indeks nyeri, pertanyaan-pertanyaan mengenai nyeri terdahulu dan lokasinya dan indeks intensitas nyeri yang dialami saat ini.

#### 2. *The Brief Pain Inventory (BPI)*

Adalah kuesioner medis yang digunakan untuk menilai nyeri. Awalnya digunakan untuk mengases nyeri kanker, namun sudah divalidasi juga untuk assessment nyeri kronik.

### 3. *Memorial Pain Assessment Card*

Merupakan instrument yang cukup valid untuk evaluasi efektivitas dan pengobatan nyeri kronis secara subjektif. Terdiri atas 4 komponen penilaian tentang nyeri meliputi intensitas nyeri, deskripsi nyeri, pengurangan nyeri dan mood

### 4. Catatan Harian Nyeri (Pain Diary)

Adalah catatan tertulis atau lisan mengenai pengalaman pasien dan perilakunya. Jenis laporan ini sangat membantu untuk memantau variasi status penyakit sehari-hari dan respons pasien terhadap terapi.

### 5. Fisiologis Nyeri

Seseorang mengalami nyeri karena ada suatu proses fisiologis yang terjadi. Proses fisiologis nyeri digambarkan sebagai nosisepsi. Proses ini dimulai dari rangsangan sampai timbulnya persepsi nyeri. Menurut Urden, Stacy, & Lough (2009). Ada empat proses yang terlibat dalam nosisepsi

#### a. Transduksi

Transduksi adalah proses rangsangan yang menunggu sehingga menimbulkan aktivitas listrik di reseptor nyeri (Price & Wilson, 2005). Selama fase transduksi, stimulus berbahaya memicu pelepasan neurotransmitter seperti prostaglandin, bradikinin,

serotonin, histamin, substansi P. Neurotransmitter ini menstimulasi nosiseptor dan memulai transmisi nosiseptif. Obat nyeri dapat bekerja selama fase ini dengan menghambat prostaglandin (Kozier, et al., 20010).

b. Transmisi

Transmisi adalah proses penyaluran impuls nyeri dari tempat transduksi melewati saraf perifer sampai ke terminal medula spinalis dan jaringan neuron-neuron pemancar yang naik dari medulla spinalis ke otak (Price & Wilson, 2005).

c. Persepsi

Persepsi adalah pengalaman subjektif yang dihasilkan oleh aktivitas transmisi nyeri. Impuls nyeri ditransmisikan melalui spinothalamus menuju ke pusat otak dimana persepsi ini terjadi. Sensasi nyeri yang ditransmisikan melalui *neospinothalamic* (NS) menuju talamus, dan sensasi nyeri yang ditransmisikan melalui *paleospinothalamic* (PS) menuju batang otak, hipotalamus, dan talamus.

d. Modulasi

Modulasi seringkali digambarkan sebagai sistem desenders, proses keempat ini terjadi saat neuron di batang otak mengirimkan sinyal menuruni kornu dorsalis medula spinalis. Serabut desendens ini melepaskan zat seperti opioid endogen, serotonin, dan norepinefrin, yang dapat menghambat naiknya impuls berbahaya di kornudorsalis. Namun, neurotransmitter ini diambil kembali oleh

tubuh, yang membatasi kegunaan analgesiknya. Klien yang mengalami nyeri kronik dapat diberi resep antidepresan trisiklik, yang menghambat ambilan kembali norepineprin dan serotonin. Tindakan ini meningkatkan fase modulasi yang membantu menghambat naiknya stimulus yang berbahaya (Kozier, et al., 2010).

### **I. Terapi Murottal Al-Qur'an**

Dari hasil pengamatan, nyeri paost operasi timbul setelah hilangnya efek dari pembiusan kurang lebih dua sampai empat jam, nyeri hebat dirasakan hari pertama post operasi. Pasien mengeluh mengalami nyeri di sekitar luka operasi. Upaya perawat dalam mengatasi nyeri post operasi laporatomi selama ini yaitu kolaborasi memberikan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri. Tetapi farmakologis yang dapat diberikan analgetik yang dapat diberikan melalui rute oral maupun parenteral. Analgetik yang digunakan untuk mengurangi nyeri post operasi laporatomi adalah *ketorolac* dengan dosis 30 mg. *Ketorolac* diindikasikan untuk pelaksanaan nyeri akut yang sedang sampai berat dalam jangka pendek (<5 hari), yang membutuhkan analgetik setingkat dengan opioid, biasanya pada kasus setelah operasi.

Nyeri dapat diatasi dengan intervensi manajemen nyeri terutama pada nyeri post operasi yaitu dengan pemberian terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi terkadang dapat menimbulkan efek samping yang juga dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien. Banyak pilihan

terapi non farmakologi yang merupakan tindakan mandiri perawat dengan berbagai keuntungan diantaranya tidak menimbulkan efek samping, simple dan tidak berbiaya mahal. Terapi ini dapat dilakukan dengan cara teknik relaksasi, teknik distraksi, terapi musik seperti murottal al-qur'an, stimulasi dan imajinasi terbimbing (Rosdahl & Kawalski, 2015).

## 1. Pengertian

### a). Terapi Musik

Musik adalah suatu komponen yang dinamis yang bisa mempengaruhi baik psikologis maupun fisiologis bagi pendengarnya (Novita, 2012). Musik adalah paduan rangsang suara yang membentuk getaran yang dapat memberikan rangsang pada penginderaan, organ tubuh dan juga emosi. Ini berarti, individu yang mendengarkan musik akan memberi respon, baik secara fisik maupun psikis, yang akan menggugah sistem tubuh, termasuk aktivitas kelenjar-kelenjar di dalamnya (Yuanitasari, 2008).

Musik didefinisikan sebagai suara dan diam yang terorganisir melalui waktu yang mengalir (dalam ruang), beberapa kesimpulan sementara dan pernyataan yang muncul adalah musik berasal dari suara, suara berasal dari vibrasi dan vibrasi adalah esensi dari segala suatu (Amsila, 2011). Terapi musik adalah suatu terapi kesehatan yang menggunakan musik dimana tujuannya adalah untuk meningkatkan atau memperbaiki kondisi fisik, emosi, kognitif, dan sosial bagi individu dari berbagai kalangan usia (Suhartini, 2008).

b). Murottal

Terapi murottal adalah terapi bacaan Al-qur'an yang merupakan terapi religi dimana seseorang akan dibacakan ayat-ayat Al-qur'an selama beberapa menit atau bahkan beberapa jam, sehingga memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang (Gusmiran, 2005). Murottal adalah suara ayat-ayat Al-qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' (Sa'dullah, 2008). Bacaan Al-qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan suara manusia itu sendiri merupakan alat penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endofrin alami, meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak (Heru, 2008).

Surat Ar-Rahman mempunyai *timbre medium, pitch 44 Hz, harmony reguler dan consistent, rythm andate* (mendayu-dayu), volume 60 decibel, intensitas medium amplitudo, sehingga mempunyai efek relaksasi jika diperdengarkan pada pasien. Karakteristik surat Ar-Rahman Ahmad Saud telah divalidasi dilaboratorium seni Fakultas Budaya dan Seni Universitas Negeri Semarang. Uji reliabilitas MP3 surat Ar-Rahman menunjukkan setiap yang mendengarkan mendapatkan kualitas, durasi yang sama dari suara yang dihasilkan, karakteristik alat dan lantunan MP3 surat Ar-Rahman mempunyai efek terapeutik (Pramisiwi, dkk. 2011).

## 2. Manfaat Terapi Murottal

Murottal (ayat-ayat Al-Qur'an) yang dibacakan dengan tartil mempunyai beberapa manfaat, menurut (Heru, 2008) antara lain:

- a. Mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-qur'an dengan tartil akan mendapatkan ketenangan jiwa.
- b. Lantunan Al-qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia atau seseorang adalah instrumen atau alat penyembuhan yang sangat menakjubkan dan alat yang mudah dijangkau. Suara yang dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endoprin alami, meningkatkan perasaan rileks, mengalihkan perhatian dari rasa takut, tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak (Heru, 2009).
- c. Terapi murottal memberikan dampak positif bagi psikologis. Terapi diperdengarkan kepada pasien, efek suara dari audio berkaitan dengan proses impuls suara yang ditransmisikan kedalam tubuh dan mempengaruhi sel-sel tubuh (Abdurrahman, 2008)

## 3. Mekanisme Terapi Murottal

Setelah lisan kita membaca Al-Qur'an atau mendengarkan bacaan Al-Qur'an impuls atau rangsangan suara akan diterima oleh daun telinga pembacanya, kemudian telinga memulai proses mendengarnya. Secara fisiologi pendengaran merupakan proses dimana telinga menerima gelombang suara, membedakan frekuensi dan mengirim informasi kesusunan saraf pusat.

Setiap bunyi yang dihasilkan oleh sumber bunyi atau getaran udara akan diterima oleh telinga. Getaran tersebut diubah menjadi impuls mekanik di telinga tengah dan diubah menjadi impuls elektrik di telinga dalam dan diteruskan melalui saraf pendengaran menuju ke korteks pendengaran di otak. Getaran suara Al-Qur'an akan ditangkap oleh daun telinga yang akan dialihkan ke lubang telinga dan mengenai membran timpani (membrane yang ada di dalam telinga) sehingga membuat bergetar. Getaran ini akan diteruskan ke tulang-tulang pendengaran yang bertautan antara satu dengan lainnya.

