

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Laparatomi

2.1.1 Definisi Lapartomi

Menurut Sjamsuhidajat dan Jong 2005, (dalam kusumayanti 2014), Laparatomi merupakan jenis operasi bedah mayor yang dilakukan di daerah abdomen. Pembedahan dilakukan dengan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah seperti hemoragi, perforasi, kanker, dan obstruksi.

Dalam Rosida 2014, Laparatomi adalah salah satu jenis operasi yang dilakukan pada daerah abdomen. Operasi laparatomi dilakukan apabila terjadi masalah kesehatan yang berat pada area abdomen. Suryani 2014, dalam penelitian nya mengatakan Laparatomi adalah suatu potongan pada dinding abdomen seperti *caesarean section* sampai membuka selaput perut.

2.1.2 Indikasi Laparatomi

Dalam Daud 2014, Indikasi laparatomi sebagai berikut :

1. Trauma Abdomen (tumpul atau tajam)

Trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau yang menusuk (Ignativicus & Workman, 2006).

Dibedakan atas 2 jenis yaitu :

- 1) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang disebabkan oleh : luka tusuk, luka tembak
- 2) Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang disebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan deselarasi, kompresi atau sabuk pengaman (*sit-belt*).

2. Peritonitis

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membrane serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier. Peritonitis primer dapat disebabkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis. Peritonitis sekunder disebabkan oleh perforasi appendicitis, perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale, perforasi kolon (paling sering kolon sigmoid), sementara proses pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier.

3. Sumbatan pada usus halus dan besar (Obstruksi)

Obstruksi usus dapat didefinisikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangannya lambat. Sebagian besar dari obstruksi justru mengenai usus halus. Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa perlengketan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup kedalam bagian lain yang ada di bawahnya akibat penyempitan lumen usus), Volvulus (usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri dengan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding dan otot abdomen), dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus).

4. Apendisitis mengacu pada radang apendiks

Suatu tambahan seperti kantong yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari apendisitis adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi.

5. Tumor abdomen

6. Pancreatitis (inflammation of the pancreas)

7. Abscesses (a localized area of infection)

8. Adhesions (bands of scar tissue that form after trauma or surgery)

9. Diverticulitis (inflammation of sac-like structures in the walls of the intestines)

10. Intestinal perforation

11. Ectopic pregnancy (pregnancy occurring outside of the uterus)

12. Foreign bodies (e.g., a bullet in a gunshot victim)

13. Internal bleeding

2.1.3 Post Operasi Laparotomi

Dalam Setiawan 2014, *Post op* atau *post operatif* laparotomi merupakan tahapan setelah proses pembedahan pada area *abdomen* (laparotomi) dilakukan. Dalam Perry dan Potter (2005) dipaparkan bahwa tindakan *post operatif* dilakukan dalam 2 tahap yaitu periode pemulihan segera dan pemulihan berkelanjutan setelah fase *post operatif*. Proses pemulihan tersebut membutuhkan perawatan *post laparotomi*. Perawatan *post laparotomi* adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada klien yang telah menjalani operasi pembedahan abdomen.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Tamsuri 2007, (dalam Daud 2014), Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Solehati & Kokashi 2015, (dalam Rasubala 2017), Nyeri merupakan pengalaman sensasi dan emosi yang

tidak menyenangkan, keadaan yang memperlihatkan ketidak nyamanan secara subjektif atau individual, menyakitkan tubuh dan kapan pun individu mengatakannya adalah nyata. Reseptor nyeri terletak pada semua saraf bebas yang terletak pada kulit, tulang, persendian, dinding arteri, membrane yang mengelilingi otak dan usus.

Potter & Perry 2006, (dalam Rosida 2014), Nyeri adalah suatu yang sering membuat pasien merasa tidak nyaman. Nyeri sering dijelaskan oleh penderita dengan berbagai macam istilah, misalnya rasa tusuk, rasa tikam, rasa terobek, rasa tersengat, rasa bakar, rasa sayat, rasa berdenyut. Pernyataan tersebut menunjukkan lamanya waktu terasa nyeri dan menyamakannya dengan hal-hal yang menyebabkan rasa tersebut pada waktu lampau yang pernah dialaminya. Muttaqin & Sari 2008, (dalam Mariyani 2016), Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif. Keluhan sensori yang dinyatakan seperti pegal, linu, ngilu, dan seterusnya dapat dianggap sebagai modalitas.

Judha *et al.* 2012, (dalam Mariyani 2016), Menyatakan nyeri biasanya terjadi karena adanya rangsangan mekanik atau kimia pada daerah kulit diujung-ujung syaraf bebas yang disebut nosireseptor. Pada kehidupan nyeri dapat bersifat lama dan ada yang singkat, berdasarkan lama waktu terjadinya inilah maka nyeri dibagi menjadi dua :

a. Nyeri akut

Nyeri akut sebagian terbesar, diakibatkan oleh penyakit, radang, atau injuri jaringan. Nyeri jenis ini biasanya awitannya datang tiba-tiba, sebagai contoh, setelah trauma atau pembedahan dan mungkin menyertai kecemasan atau distress emosional. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera sudah terjadi. Nyeri akut biasanya berkurang sejalan dengan terjadinya penyembuhan. Nyeri ini umumnya terjadi kurang dari 6 (enam) bulan, penyebab

nyeri yang paling sering adalah tindakan diagnosa dan pengobatan. Dalam beberapa kejadian jarang menjadi kronis.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronik, secara luas dipercaya menggambarkan penyakitnya. Nyeri ini konstan dan intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronis sulit untuk menentukan awitannya. Nyeri ini dapat menjadi lebih berat yang dipengaruhi oleh lingkungan dan faktor kejiwaan. Nyeri kronik berlangsung lebih lama (lebih dari enam bulan) dibandingkan dengan nyeri akut dan resisten terhadap pengobatan. Nyeri ini dapat dan sering menyebabkan masalah yang berat bagi pasien.

2.2.2 Jenis Nyeri

Price & Wilson 2006, Karakter nyeri dapat bervariasi sesuai lokasi atau sumber, misalnya apakah nyeri melibatkan struktur somatik superfisial (kulit), struktur somatik dalam, visera, atau kerusakan pada SSP atau system saraf tepi (SST).

2.2.2.1 Nyeri somatik superfisial (kulit)

Nyeri kulit berasal dari struktur-struktur superfisial kulit dan jaringan subkutis. Stimulus yang efektif untuk menimbulkan nyeri di kulit dapat berupa rangsang mekanis, suhu, kimiawi, atau listrik. Apabila hanya kulit yang terlibat, nyeri sering dirasakan sebagai penyengat, tajam, meringis, atau seperti terbakar, tetapi apabila pembuluh darah ikut berperan menimbulkan nyeri, sifat nyeri menjadi berdenyut.

2.2.2.2 Nyeri somatik dalam

Nyeri somatik dalam mengacu pada nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamentum, tulang, sendi dan arteri. Struktur – struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokalisasi nyeri kulit dan cenderung menyebar kedaerah sekitarnya.

2.2.2.3 Nyeri Visera

Nyeri visera mengacu kepada nyeri yang berasal dari organ-organ tubuh. Reseptor nyeri visera lebih jarang dibandingkan dengan reseptor somatic dan terletak di dinding otot polos organ-organ berongga. Mekanisme utama yang menimbulkan nyeri visera adalah perengangan atau distensi abnormal dinding atau kapsul organ, iskemia dan peradangan.

2.2.2.4 Nyeri Alih

Nyeri alih didefinisikan sebagai nyeri yang berasal dari salah satu daerah di tubuh tetapi dirasakan terletak di daerah lain. Nyeri visera sering dialihkan ke dermatom (daerah kulit) yang dipersarafi oleh segmen medulla spinalis yang sama dengan viksus yang nyeri tersebut berasal dari masa mudigah, tidak hanya di tempat organ tersebut berada pada masa dewasa.

2.2.2.5 Nyeri neuropati

Sistem saraf secara normal menyalurkan rangsangan-rangsangan yang merugikan dari sistem saraf tepi (SST) ke sistem saraf pusat (SSP) yang menimbulkan perasaan nyeri. Dengan demikian, lesi di SST atau SSP dapat menyebabkan gangguan atau hilangnya sensasi nyeri yang masing-masing disebut *hipalgesia* dan *analgesia*. Secara paradox, kerusakan atau disfungsi SSP atau saraf perifer dapat menyebabkan nyeri. Jenis nyeri ini disebut nyeri neuropatik, atau deafferentasi (*deafferentation*).

2.2.3 Pengkajian Nyeri

Individu yang mengalami nyeri adalah sumber informasi terbaik untuk menggambarkan nyeri yang dialami (Mohamad, sudarti, & fauziah, 2010). Beberapa hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain :

a. Riwayat Nyeri

Pengingat PQRST

1) P : Provokasi (penyebab terjadinya nyeri)

Tenaga kesehatan harus mengkaji faktor penyebab terjadinya nyeri pada klien, bagian tubuh mana yang terasa nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis. Karena terkadang nyeri itu bisa muncul tidak karena luka tetapi karena faktor psikologisnya.

2) Q : Quality

Kualitas nyeri yaitu ungkapan subyektif yang diungkapkan oleh klien dan mendeskripsikan nyeri dengan kalimat seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial atau bahkan digencet.

3) R : Region

Untuk mengkaji lokasi nyerinya, tenaga kesehatan meminta klien untuk menyebutkan bagian mana saja yang dirasakan tidak nyaman. Untuk mengetahui lokasi yang spesifik tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.

4) S : Severe

Untuk mengetahui dimana tingkat keparahan nyeri, hal ini yang paling subyektif dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri ini bisa digambarkan melalui skala nyeri.

5) T : Time

Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

2.2.4 Skala atau Pengukuran Nyeri

Brunner dan Suddart 2001 (dalam Oktavia 2017), Skala pengukuran nyeri menurut *Agency for Health Care Policy dan Research (AHCPR)* terdiri dari:

1. Skala Wajah *Wong-Baker / Wong-Baker Faces Rating Scale* Skala wajah biasanya digunakan untuk anak-anak yang berusia kurang dari 7 tahun. Pasien diminta untuk memilih gambar wajah yang sesuai dengan nyerinya. Pilihan ini kemudian diberi skor angka. Skala wajah Wong-Baker menggunakan 6 kartun wajah yang menggambarkan wajah tersenyum, wajah sedih, sampai menangis. Dan pada tiap wajah ditandai dengan skor 0 sampai dengan 5.

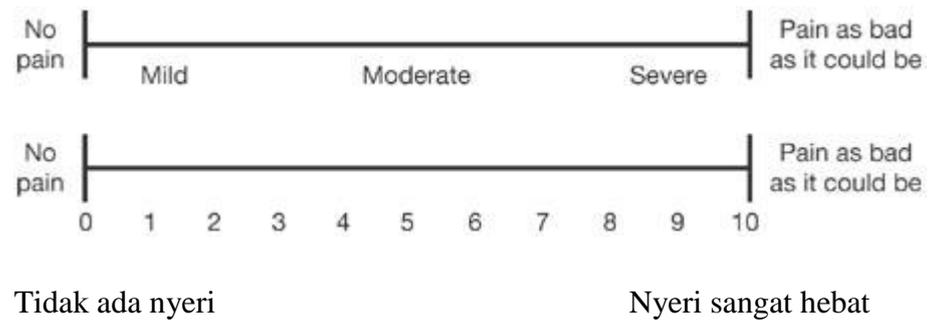


Gambar 2.1 Skala Wajah *Wong-Baker*

2. Skala Analog Visual / *Visual Analogue Scale (VAS)*

Potter & Perry 2006, (dalam Oktavia 2017), Skala analog visual tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus yang mewakili skala nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka. Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih

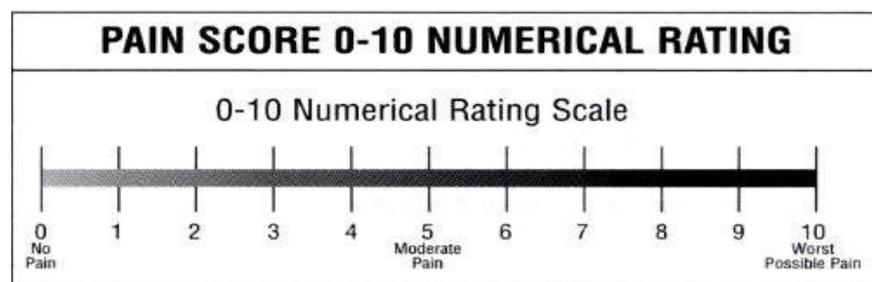
akurat. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan.



Gambar 2.2 Skala Analog Visual/*Visual Analog Scale*

3. Skala Penilaian Numerik / *Numeric Rating Scale*

Black & Hawks 2009, (dalam Oktavia 2017), Skala ini menggunakan angka 0 sampai dengan 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri.



Gambar 2.3 Skala Penilaian Numerik/*Numeric Rating Scale*

Keterangan:

0 : Tidak ada keluhan nyeri

1-3 : Ada rasa nyeri, mulai terasa, tetapi masih dapat ditahan

4-6 : Ada rasa nyeri, terasa mengganggu, dan dengan melakukan usaha yang kuat untuk menahannya

7-10 : Ada nyeri, terasa sangat mengganggu / tidak tertahankan, sehingga harus meringis, menjerit, bahkan berteriak.

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Potter & Perry 2005, Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain :

2.2.5.1 Usia

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

2.2.5.2 jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri (Gil, 1990). Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam pengekspresian nyeri.

2.2.5.3 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 (Calvillo dan Flaskerud, 1991).

2.2.5.4 Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan

cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan.

2.2.5.5 Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun (Gil, 1990).

2.2.5.6 Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

2.2.5.7 Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka panjang.

2.2.5.8 Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang.

2.2.5.9 Gaya coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat anda merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti dirumah sakit, klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu.

2.2.5.10 Dukungan keluarga dan social

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respons nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu dari kelompok sosiobudaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri (Meinhart dan McCaffery, 1983).

2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Potter & Perry 2006, (dalam Mariyani 2016), Ada dua metode umum untuk terapi nyeri antara lain :

2.2.6.1 Pendekatan farmakologis

Merupakan tindakan kolaborasi antara perawat dengan dokter, yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri. Analgesik merupakan metode 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 dan adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat (Potter & Perry, 2006). Ada tiga jenis obat analgesik yang dipakai, yaitu non narkotik dan Non Steroid Anti Inflammation Drug (NSAID), narkotik atau opiate, dan obat tambahan/ koanalgesik. Pada nyeri ringan sampai sedang digunakan NSAID. Karena NSAID diyakini dapat menghambat prostaglandin dan menghambat seluler selama inflamasi serta bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri (Potter dan Perry, 2006).

Beberapa agen farmakologi seperti analgesik digunakan untuk mengatasi nyeri (Peterson & Bredow, 2004). Non Steroid Anti Inflammation Drugs (NSAID) non narkotik umumnya

menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri terkait artritis rematoid, prosedur pengobatan gigi dan proses bedah minor, episiotomy, dan masalah pada punggung bawah (Potter & Perry, 2006). Ketorolak merupakan agen analgesic NSAID pertama yang dapat diinjeksikan yang kemajuannya dapat dibandingkan dengan morfin untuk nyeri berat (McKenry & Salerno, 1995; dalam Potter & Perry, 2006). Ketorolak adalah obat NSAID yang umumnya diberikan pada pasien post operasi laparatomi yang umumnya diberikan di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.

Ketorolak merupakan jenis analgetik non narkotik yang kuat, yang bekerja di perifer dan tidak ada efek opioid reseptor. Ketorolak juga efektif sebagai antiinflamasi dan antipiretik. Efek ini memperlambat sintesa prostaglandin. Pemberian ketorolak 30 mg intravena mempunyai efek yang sama dengan morfin 10 mg dalam mengurangi nyeri sedang sampai dengan berat (Suryana, 2010).

Ketorolak tersedia dalam sediaan ampul, dan bisa diberikan baik intramuskular maupun intravena dan diindikasikan untuk nyeri sedang sampai dengan berat. Dosis yang dianjurkan adalah 90 mg/hari. Dosis umum sekali pemberian adalah 30 mg, dan dapat diulangi selama tidak melebihi dosis yang ditetapkan. Waktu plasma ketorolak memiliki konsentrasi 54 menit setelah pemberian oral, 38 menit setelah pemberian intramuskular, dan 30 menit setelah pemberian intravena. Waktu paruh ketorolak adalah 4-6 jam (Suryana, 2010). Ketorolak sebagian besar metabolisme di hati, terhidroksilasi dan terkonjugasi sisa metabolisme nya tidak berubah, lalu diekresikan melalui urine (rata-rata 91,4%) dan sisanya (rata-rata 61,1%) diekresikan melalui feses (Suryana, 2010).

Katzung (2007) mengatakan bahwa morfin maupun ketorolak memiliki efek samping yang hampir sama, yaitu; pruritus, mual dan muntah, retensi urin, sedasi, sampai depresi pernapasan. Efek samping ketorolak yang lainnya berupa pusing, berkeringat, euphoria, mulut kering, mual, muntah, perasaan lemah, gangguan penglihatan, palpitasi, disforia, sinkope dan sedasi. Obstipasi dan retensi urin tidak begitu sering timbul seperti pada morfin tetapi efek sedasinya sebanding morfin. Efek samping yang jarang timbul adalah delirium, halusinasi selintas dan urtikaria hemoragik.

Ketergantungan pada ketorolak lebih lambat dari pada ketergantungan terhadap morfin. Timbulnya ketergantungan fisik setelah pemberian secara kronik dapat dibuktikan dengan cara menghentikan obat, dimana pasien cenderung meminta dosis yang lebih besar (Neal, 2002). Meskipun kemungkinan timbulnya bahaya adiksi ketorolak lebih kecil dari pada bahaya adiksi morfin. Yang patut diwaspadai adalah ketorolak menginhibisi agregasi platelet yang ditimbulkan oleh asam arachdonat dan kolagen, tetapi tidak oleh *Adenosine Difosfat* (ADP), hal ini berdampak pada pemanjangan waktu perdarahan jika ketorolak diberikan pada dosis berlebihan dan dalam jangka panjang. Bahaya lainnya pada pemeberian ketorolak jika panjang adalah berkurangnya ventilasi pulmonal sampai depresi nafas, efek kardiovaskuler, hambatan pembentukan prostaglandin jangka panjang bisa menyebabkan gangguan homeostasis karena prostaglandin berperan di ginjal, keadaan yang sangat berat bisa menyebabkan koma (Neal, 2002; Katzung,2007).

Beberapa agens farmakologis digunakan untuk menangani nyeri, semua agen tersebut memerlukan resep dokter. Keputusan perawat, dalam menggunakan obat-obatan dan penatalaksan

klien yang menerima terapi farmakologis, membantu dalam upaya memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan.

2.2.6.1.1 Terapi farmakologi

Muttaqin & Sari 2008, (dalam Mariyani 2016), Jenis-jenis obat farmakologis antara lain :

a) Analgesik

Analgesic merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesic dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesic dalam upaya analgesic dengan penanganan nyeri karena informasi obat yang tidak benar, adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesic narkotik, dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri dan efek-efek farmakologis obat-obatan tersebut.

2.2.6.2 Pendekatan Non-Farmakologi

Judha *et al.* 2012, (dalam Mariyani 2016), Menjelaskan manajemen nyeri non-farmakologi merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Manajemen nyeri non-farmakologi sangat beragam, yaitu :

a. Imaginery

Metode ini menggunakan memori tentang peristiwa-peristiwa yang menyenangkan bagi anda atau mengembangkan pemikiran-pemikiran anda untuk mengurangi nyeri.

b. Teknik Relaksasi

Ketegangan otot, kecemasan, nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman. Masing-masing perasaan secara individu dapat memperhebat perasaan yang lain dan menciptakan suatu siklus hebat. Teknik relaksasi dapat membantu memutuskan siklus ini. Teknik ini meliputi meditasi, yoga, music, dan ritual keagamaan.

c. Distraksi

Metode ini berfokus pada perhatian seseorang atas sesuatu selain dari nyeri. Teknik ini paling efektif untuk nyeri yang dirasakan sesaat saja, sebagai contoh, injeksi dan pengambilan darah.

d. TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

Alat ini bekerja seperti menggunakan tempelan dikulit. Tempelan ini memancarkan impuls yang akan memblok nyeri pada nervesnya. Metode penghilang rasa sakit menggunakan mesin TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) dipilih jika rasa sakit ingin hilang tanpa menggunakan obat.

Penggunaan terapi nonfarmakologi yang menjadi pilihan menurut Perry dan Potter (2006) adalah yang pendekatannya noninvasive, risikonya rendah, tidak mengeluarkan biaya yang banyak, mudah dilakukan, berada pada lingkup keperawatan, intervensi yang diberikan memberikan kenyamanan, meningkatkan mobilitas, mengubah respon psikis, mengurangi

rasa takut, dan memberikan klien kekuatan untuk mengontrol nyeri (Black & Hawsk, 2009).

2.3 Konsep *Guided Imagery* dan Relaksasi *Benson*

2.3.1 Guided Imagery

Muttaqin & Sari 2008, (dalam Daud 2014), *Guided Imagery* (imajinasi terbimbing) adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang direncanakan secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan. Dengan mata terpejam, individu diinstruksikan membayangkan tubuh yang rileks dan nyaman. Setiap kali menghirup napas, klien harus membayangkan energy penyembuh dialirkan kebahagiaan yang tidak nyaman. Setiap kali napas dihembuskan, klien diinstruksikan untuk membayangkan bahwa udara yang dihembuskan membawa pergi nyeri dan ketegangan. Menurut Potter & Perry 2005, *Guided Imagery* (imajinasi terbimbing) metode pengendalian nyeri dimana klien membuat imajinasi mental, berkonsentrasi terhadap imajinasi tersebut, dan secara bertahap menjadi kurang menyadari terhadap nyeri.

Smeltzer *et al* 2010, (dalam Patasik 2013), *Guided imagery* merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu. Rahmayati 2010, (dalam Patasik 2013), Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang.

Priyanto 2011, (dalam Rosida 2014), *Guided Imagery* merupakan salah satu dari teknik relaksasi sehingga manfaat dari teknik ini pada umumnya sama dengan manfaat dari teknik relaksasi yang lain. Para ahli

dari bidang teknik relaksasi *guided imagery* berpendapat bahwa imageri merupakan penyembuh efektif. Teknik ini dapat mengurangi nyeri, mempercepat penyembuhan dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit seperti alergi, depresi dan asma.

Potter & Perry 2009, Hendy 2014, (dalam Daud 2014), *Guided Imagery* mempunyai elemen yang secara umum sama dengan relaksasi, yaitu sama-sama membawa klien kearah relaksasi. Tujuan dari teknik *Guided Imagery* yaitu menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun. Menurut Brannon & Freist 2000, Hendy 2014, (dalam Daud 2014), Penggunaan *Guided Imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu oleh karena itu klien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan menyenangkan.

Alimul 2006, (dalam Rosida 2014), Manfaat *Guided Imagery* diantaranya mengurangi stress dan kecemasan, mengurangi nyeri, mengurangi efek samping, mengurangi tekanan darah tinggi, mengurangi level gula darah atau diabetes, mengurangi alergi dan gejala pernafasan, mengurangi sakit kepala, mengurangi biaya rumah sakit dan meningkatkan penyembuhan luka.

Menurut Kozier & Erb 2009, Hedry 2014, (dalam Daud 2014), Mengatakan bahwa langkah-langkah dalam melakukan *Guided Imagery* yaitu :

1. Untuk persiapan, mencari lingkungan yang nyaman dan tenang, bebas dari distraksi. Lingkungan yang bebas dari distraksi diperlukan oleh subjek guna berfokus pada imajinasi yang dipilih. Untuk pelaksanaan, subjek harus tahu rasional dan keuntungan dari teknik imajinasi terbimbing.
2. Langkah berikutnya menimbulkan relaksasi. Dengan cara memanggil nama yang disukai. Berbicara jelas dengan nada yang

tenang dan netral. Meminta subjek menarik nafas dalam dan perlahan untuk merelaksasikan semua otot.

3. Langkah selanjutnya meminta subjek untuk menjelaskan perasaan fisik dan emosional yang ditimbulkan oleh bayangannya. Dengan mengarahkan subjek untuk mengeksplorasi respon terhadap bayangan karena ini akan memungkinkan subjek memodifikasi imajinasinya. Respon negative dapat diarahkan kembali untuk memberikan hasil akhir yang lebih positif.

2.3.2 Relaksasi *Benson*

Menurut Benson & Proctor 2002, (dalam Sueb 2016), Relaksasi *Benson* merupakan intervensi perilaku kognitif dengan teknik relaksasi pasif dengan tidak menggunakan tegangan otot sehingga sangat tepat untuk mengurangi nyeri paska operasi, karena tegangan otot akan meningkatkan rasa nyeri. Relaksasi *Benson* merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi. Menurut Mahdavi *et al.* 2013, (dalam Sueb 2016), Relaksasi *benson* dapat mengurangi stress dan kecemasan pada pasien hemodialisa. Selain itu, Solehati and Rustina (2015) juga membuktikan bahwa relaksasi *benson* dapat mengurangi nyeri pada pasien paska operasi cesar.

Solehati & Kosasih 2015, (dalam Rasubala 2017), Relaksasi *Benson* merupakan relaksasi menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Pada relaksasi *Benson* ada penambahan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata yang merupakan rasa cemas yang sedang pasien alami. Menurut Mitchell 2013, (dalam Oktavia 2017), Relaksasi *Benson* merupakan perkembangan metode respon relaksasi

dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal tenang sehingga dapat membantu pasien dalam mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi.

Wallace, Benson, dan Wilson 1971, (dalam Rasubala 2017), diperoleh hasil, bahwa dengan meditasi dan relaksasi terjadi penurunan konsumsi oksigen, output CO₂, ventilasi selular, frekuensi napas, dan kadar laktat sebagai indikasi penurunan tingkat stress, selain itu ditemukan bahwa PO₂ atau konsentrasi oksigen dalam darah tetap konstan, bahkan meningkat sedikit.

Mahdavi *et al* 2013, (dalam Sueb 2016), Relaksasi *Benson* dapat mengurangi stress, kecemasan, rasa tidak nyaman, menurunkan metabolisme, kontraksi jantung, tekanan darah, dan melepas hormone epineprin.

Benson & Proctor 2000, (dalam Oktavia 2017), Relaksasi *Benson* merupakan teknik relaksasi yang digabungkan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien. Kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat di bandingkan dengan relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan. Ungkapan yang di pakai dapat berupa nama tuhan atau kata-kata lain yang memiliki makna menenangkan bagi pasien.

Keuntungan Relaksasi *Benson* menurut Kusnandar 2009, (dalam Oktavia 2017), dapat diuraikan sebagai berikut :

- a. Ketentrangan hati, Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan Gelisah
- b. Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- c. Detak jantung lebih rendah, Mengurangi tekanan darah
- d. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit

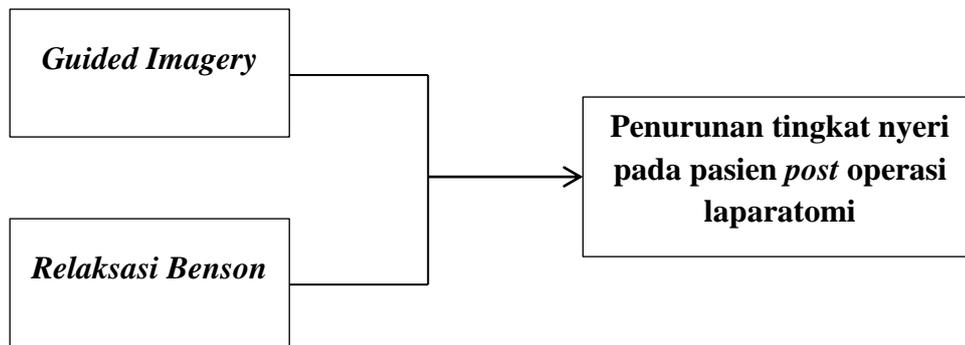
- e. Tidur lelap
- f. Kesehatan mental menjadi lebih baik
- g. Daya ingat lebih baik
- h. Meningkatkan daya berpikir logis
- i. Meningkatkan kreativitas
- j. Meningkatkan keyakinan
- k. Meningkatkan daya kemauan
- l. Meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain.

Langkah – Langkah Relaksasi *Benson*, menurut Purwanto 2006, (dalam Oktavia 2017), adalah :

1. Membentuk suasana sekitar tenang, menghindarkan dari kebisingan
2. Menarik nafas dalam melalui hidung, dan jaga mulut tetap tertutup, hitungan sampai 3 tahan selama inspirasi
3. Kemudian hembuskan lewat bibir seperti meniup dan ekspirasi secara perlahan dan lewat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan dari pipi
4. Membaca kalimat – kalimat sesuai keyakinan, misalnya jika beragama Islam membaca istighfar
5. Lakukan sebanyak 5 – 7 kali

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini menggambarkan efektifitas *Guided Imagery* dibandingkan dengan Relaksasi *Benson* terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien *post* operasi laparatomi. Independent variabel pada penelitian ini adalah efektifitas *Guided Imagery* dibandingkan dengan Relaksasi *Benson*. Dependent variabel pada penelitian ini adalah penurunan tingkat nyeri pada pasien *post* operasi laparatomi. Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :



Skema 2.1 kerangka konsep

2.5 Hipotesis

- 2.5.1 Ada pengaruh *Guided Imagery* terhadap tingkat penurunan nyeri pada pasien *post* operasi laparatomi di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.
- 2.5.2 Ada pengaruh Relaksasi *Benson* terhadap tingkat penurunan nyeri pada pasien *post* operasi laparatomi di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.
- 2.5.3 Ada perbedaan efektifitas antara *Guided Imagery* dengan Relaksasi *Benson* terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien *post* operasi laparatomi di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Bnajarmasin.