

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (HIPKABI, 2014).

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013).

Kata “Perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu :

a. Fase preoperative

Dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (HIPKABI, 2014).

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif dibagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin & Sari, 2009).

b. Fase intra operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien di pindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena,

melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat *scrub*, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (HIPKABI, 2014).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan. Koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin & Sari, 2009).

c. Fase paska operatif

Fase paska operatif dimulai dengan masuknya pasien keruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensif dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan (HIPKABI, 2014).

2 Pre operatif

Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPKABI, 2014) :

a. Rumah sakit

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan

keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

b. Persiapan pasien di unit perawatan

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, Pencukuran daerah operasi, *Personal hygiene*, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi

c. Faktor resiko terhadap pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain :

Usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon neuroendokrin, merokok, alkohol dan obat-obatan.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti (*Electrocardiogram*) ECG, dan lain-lain.

e. Pemeriksaan status anastesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

f. *Inform consent*

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anastesi).

g. Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis (Gruendemann & Fernsebner,

2006) dalam (HIPKABI, 2014).

3. Intra operatif

a. Persiapan pasien dimeja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anastesi dan kemudian prosedur *drapping*.

b. Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPKABI, 2014).

c. Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi (HIPKABI, 2014).

d. Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*.

4. Post operatif

Tahapan keperawatan post operatif meliputi Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anastesi (*recovery room*), perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*), transportasi pasien keruang rawat, perawatan di ruang rawat (HIPKABI, 2014).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Post Operasi

a. Pengkajian Fokus Keperawatan Post Operasi

Pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

1) Pengkajian Awal

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut

- a) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- b) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tandavital
- c) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- d) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin memengaruhi peralatan pasca operasi.
- e) Patologi yang dihadapi.
- f) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
- g) Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
- h) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu.

2) Status Respirasi

a) Kontrol pernafasan

1. Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan
2. Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan warna membran mukosa

b) Kepatenan jalan nafas

1. Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal.
2. Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di

faring, atau bengkaknya spasme faring

c) Status Sirkulasi

1. Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan depresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
2. Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.
3. Perawat membandingkan TTV pra operasi dan post operasi.

d) Status Neurologi

1. Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang
2. Mengkaji respon nyeri

e) Muskuloskeletal

Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cederaposisi post operasi

b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi

Diagnosa yang sering muncul pada post operasi adalah:

- a) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik
- b) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah
- c) Kerusakan integritas kulit b.d luka post operasi (SDKI, 2018)

c. Rencana keperawatan

Menurut (PPNI, 2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkandiagnosa diatas adalah:

1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisikIntervensi:

Observasi:

- a) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitasnyeri.
- c) Identifikasi skala nyeri
- d) Identifikasi nyeri non verbal

- e) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - f) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - g) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - h) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 2) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)
- 3) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
 - b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - f) Kolaborasi pemberian analgetik
- 5) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah
- Intervensi:
- Observasi:
- a) Monitor suhu tubuh
 - b) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal: terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
 - c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi
- Teraupetik:
- d) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan)
 - e) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaiantebal)
 - f) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
 - g) Lakukan penghangatan aktif internal (misal: infus cairan hangat,

oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

- 6) Kerusakan integritas kulit b.d luka post operasi Intervensi:
 - a) observasi catat karakteristik luka post operasi
 - b) catat karakteristik dari beberapa drainase
 - c) bersihkan luka post operasi tiap hari
 - d) Gunakan unnit TENS (*Transcutaneous Elektric Nerve Stimulation*) untuk peningkatan penyembuhan luka post operasi yang sesuai
 - e) Pertahankan teknik septik dan antiseptik dalam perawatan luka postoperasi
 - f) Pantau luka setiap mengganti perban
 - g) Bandingkan dan catat secara teratur perubahan – perubahan pada luka Ajarkan pasien dan keluarga dalam proses perawatan luka

C. Tinjauan konsep penyakit.

1. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan suatu sensori dan emosional yang dirasa tidak menyenangkan yang muncul akibat adanya kerusakan integritas jaringan aktual atau potensial yang menggambarkan adanya suatu kerusakan (Suriya & Zuriati, 2019). Nyeri merupakan suatu sensari yang dirasakan ketidaknyamanan yang dialami oleh klien, disebabkan oleh adanya suatu persepsi jiwa, ancaman serta fantasi luka (Rahayu & Darmawan, 2020).

b. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Pratiwi, Susanti, & Astuti, 2020) klasifikasi nyeri dibagi menjadi :

1) Klasifikasi berdasarkan sumbernya

a) Nyeri somatic luar

Merupakan suatu perasaan tidak nyaman dengan rangsangan dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Keluhan

yang dapat timbul berupa seperti sensasi terbakar, tajam dan dapat dilokalisasi.

b) Nyeri somatic dalam

Merupakan perasaan nyeri yang digambarkan sebagai nyeri tumpul (dullness) yang terjadi akibat stimulus pada otot, jaringan ikat, tulang sehingga tidak dapat dilokalisasi dengan baik.

c) Nyeri viseral

Nyeri yang terjadi karena perangsangan organ viseral atau organ yang menutupinya (Pleura parietalis, pericardium, peritoneum).

2) Klasifikasi berdasarkan jenisnya

a) Nyeri nosiseptif

Nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan somatic ataupun visceal. Stimulasi nosiseptor akan mengakibatkan tersekresinya mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatis.

b) Nyeri neurogenic

Nyeri tersebut diakibatkan adanya disfungsi primer pada sistem saraf perifer seperti lesi pada daerah sekitar saraf perifer dan pada umumnya klien akan merasakan seperti ditusuk-tusuk disertai sensasi panas dan tidak mengena pada fungsi.

c) Nyeri psikogenik

Nyeri yang berkaitan dengan adanya gangguan pada kejiwaan yang dialami seseorang yang direpresentasikan dengan kasus depresi maupun adanya kecemasan.

3) Klasifikasi berdasarkan waktu

a) Nyeri akut

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan tingkatan yang ada ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b) Nyeri kronis

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017).

4) Klasifikasi berdasarkan derajat nyeri

- a) Nyeri ringan adalah nyeri hilang timbul, terutama saat beraktivitas sehari-hari dan menjelang tidur
- b) Nyeri sedang adalah nyeri yang terus-menerus, sehingga menyebabkan aktivitas terganggu yang hilang saat penderita tidur
- c) Nyeri berat adalah nyeri terus-menerus sepanjang hari, penderita tidak dapat tidur dan sering terjaga akibat nyeri.

c. Penyebab Nyeri

Penyebab nyeri berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) yaitu:

- 1) Agen pencedera fisiologis (misalnya: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (misalnya : terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misalnya : abses, amputasi, trauma, terpotong, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan, mengangka berat)

d. Fisiologi Nyeri

Menurut (Bahrudin, 2017) fisiologi nyeri antara lain :

- 1) Transduksi merupakan suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Terdapat tiga serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, diantaranya serabut A-beta, A- delta dan C. Serabut yang memiliki respon secara maksimal terhadap suatu stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri atau noniseptor. Serabut ini adalah C dan A-delta. Selain itu silent

nociceptor juga terlibat dalam proses transduksi yang menjadi serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

- 2) Transmisi yaitu suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Pengirim dan penerima aktif dari sinyal kimiawi dan elektrik merupakan Neuron aferen primer.
- 3) Modulasi yaitu pada proses ini adanya sinyal neural terkait nyeri. Proses ini terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga akan terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti delta dan kappa dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending dan area otak lainnya ke otak tengah dan medula oblongata, selanjutnya menuju ke medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descendens ini adalah penguatan atau bahkan penghambatan sinyal nosiseptif di kornu dorsalis, kemudian masuk ke proses terakhir yaitu persepsi nyeri dimana kesadaran akan pengalaman nyeri.
- 4) Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat secara potensial merusak.

2. Faktor-Faktor yang Dapat Mempengaruhi Nyeri

1) Umur

Umur dapat berpengaruh pada nyeri terutama pada anak-anak dan dewasa akhir (lansia). Pada anak biasanya memiliki kesulitan dalam mengerti tindakan yang diberikan perawat mengenai penatalaksanaan untuk mengurangi nyeri. Anak-anak cenderung memiliki kesulitan dalam menggambarkan dan mengekspresikan nyeri secara verbal kepada petugas kesehatan atau orang tua.

Begitupun dengan dewasa akhir (lansia) , mereka memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami perkembangan kondisi patologis yang disertai oleh nyeri. Nyeri memiliki potensial terhadap penurunan mobilisasi, dan toleransi aktivitas. Kemampuan orang dewasa dalam menafsirkan nyeri yang dirasakan sangat sukar. Mereka terkadang menderita penyakit dengan gejala yang tidak jelas, hal tersebut disebabkan oleh proses penuaan yang mengakibatkan penurunan fungsi dari tubuh sehingga berpengaruh terhadap nyeri.

2) Jenis kelamin

Faktor yang mempengaruhi nyeri berhubungan dengan jenis kelamin yaitu antara laki-laki dan perempuan yang tidak memiliki perbedaan signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Misalnya pada laki-laki cenderung harus berani sedangkan seorang wanita biasanya hanya bisa menangis dalam waktu yang sama.

3) Kelemahan

Kelemahan dapat meningkatkan tanggapan terkecil pemikiran terhadap nyeri dan mengakibatkan ketidakmampuan dalam mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi sepanjang waktu istirahat maka persepsi terhadap nyeri akan lebih besar.

4) Gen

Adanya keturunan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap rasa nyeri. Pembentukan sel genetik kemungkinan dapat menentukan ambang nyeri seseorang atau toleransi terhadap nyeri.

5) Kecemasan

Nyeri dan kecemasan sangat berhubungan dengan kompleks. Kecemasan dapat meningkatkan persepsi tentang nyeri dan menyebabkan perasaan cemas.

6) Suku bangsa dan budaya

Nilai-nilai dan kepercayaan terhadap budaya mempengaruhi seseorang untuk mengatasi sakit. Individu akan belajar apa yang

diharapkan dan diterima oleh budayanya termasuk bagaimana reaksi terhadap nyeri tersebut (Suriya & Zuriati, 2019).

3. Batasan Karakteristik Nyeri

Batasan karakteristik nyeri akut menurut (Tim Pokja DPP PPNI, 2017) antara lain :

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Subjektif : mengeluh nyeri
 - b) Objektif :
 1. Tampak gelisah
 2. Bersikap protektif (misal : waspada, posisi menghndar nyeri)
 3. Gelisah
 4. Frekuensi nadi meningkat
 5. Sulit tidur
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Subjektif : (tidak tersedia)
 - b) Objektif :
 1. Tekanan darah meningkat
 2. Pola nafas berubah
 3. Nafsu makan yang berubah
 4. Proses berpikir terganggu
 5. Menarik diri
 6. Berpusat/fokus pada diri sendiri
 7. Diaforesis atau keringat berlebih

Batasan karakteristik nyeri kronis menurut (Tim Pokja DPP PPNI, 2017) antara lain :

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif :
 - a) Mengeluh nyeri
 - b) Merasa depresi (tertekan)
 - 2) Objektif :
 - a) Tampak meringis

- b) Gelisah
 - c) Tidak mampu menuntaskan aktivitas
- b. Gejala dan tanda minor
- 1) Subjektif : Merasa takut mengalami cedera berulang
 - 2) Objektif :
 - a) Bersikap protektif (misal: posisi menghindari nyeri)
 - b) Waspada
 - c) Pola tidur berubah
 - d) Anoreksia
 - e) Fokus menyempit
 - f) Berpusat/fokus pada diri sendiri

4. Cara Mengukur Nyeri

Menurut (Suriya & Zuriati, 2019) cara mengukur nyeri terdapat beberapa macam diantaranya :

- a. Skala deskriptif sederhana
- Skala deskriptif merupakan pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsian verbal disebut juga *verbal descriptor scale* (VDS) yaitu sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangking dari kata “ tidak terasa nyeri ” sampai nyeri yang tidak tertahankan. Skala akan ditunjukkan oleh perawat dan klien untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakan. Skala ini digambarkan sebagai berikut.

Gambar 2.1 Skala Deskriptif Sederhana



- b. Skala penilaian numeric
- Skala penilaian numerik (*numerical rating scales*) digunakan untuk mendeskripsikan nyeri. Klien dapat menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan dalam

mengkaji tingkatan nyeri pada sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

Gambar 2.2 Skala Numerik



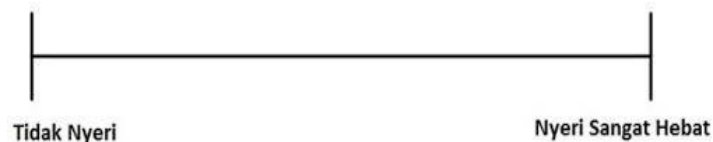
Keterangan

- Skala 0 : tidak nyeri
- Skala 1-3 : nyeri ringan
- Skala 4-6 : nyeri sedang
- Skala 7-9 : nyeri berat
- Skala 10 : nyeri tak tertahankan

c. Skala analog visual

Skala analog visual atau disebut dengan *visual analog scale* (VAS) merupakan satu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terjadi terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi kebebasan penuh pada klien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat menjadi pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

Gambar 2.3 Skala Analog Visual

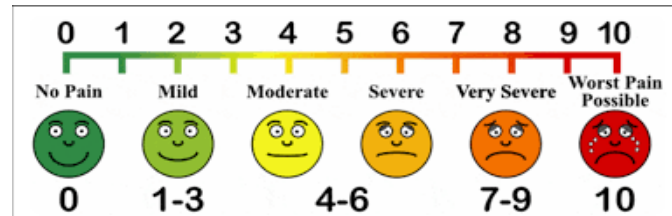


D. Skala wajah atau *wong and baker*

Skala terdiri dari enam wajah dengan profil kartun 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.

Gambar 2.4 Skala Wajah



C. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan suatu penyakit kronis yang di tandai dengan peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah dan selalu di sertai dengan munculnya gejala utama, yakni urine yang berasa manis dalam jumlah yang besar. Kelainan yang menjadi penyebab mendasar diabetes melitus adalah defisiensi relatif atau absoult dari hormone insulin (NANDA, 2015).

1. Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi diabetes berdasarkan etiologi penyakit, terdapat empat kategori diabetes:

a. Diabetes tipe 1

Diabetes tipe 1 di bagi menjadi dua jenis utama; ia atau autoimun (sekitar 90% pasien penderita diabetes tipe 1 di Eropa dan Amerika Utara yang merupakan penanda imun, seperti antibody sel pulau pankreas yang bersirkulasi, menunjukkan penghancuran atau destruksi sel β dan 1 b atau idiopatik tidak ditemukan bukti autoimun (Tandra, 2017)

b. Diabetes tipe 2

Diabetes tipe ini adalah jenis yang paling sering dijumpai. Biasanya terjadi pada usia di atas 40 tahun, tetapi biasa pula timbul pada usia di atas 20 tahun. Sekitar 90-95% penderita diabetes adalah tipe 2. Pada diabetes tipe 2 pankreas masih bisa membuat insulin, tetapi kualitasnya buruk, tidak berfungsi dengan baik sebagai kunci memasukan gula ke dalam sel. Pada diabetes tipe 2 pasien biasanya tidak di suntikan insulin dalam pengobatannya, tetapi memerlukan obat untuk memperbaiki fungsi insulin itu (Tandra, 2017).

c. Diabetes pada kehamilan

Diabetes yang muncul hanya pada saat hamil disebut diabetes tipe gestasi atau gestational diabetes. Keadaan ini terjadi karena pembentukan beberapa hormone pada ibu hamil yang menyebabkan resistensi insulin. Diabetes semacam ini biasanya di ketahui setelah kehamilan bulan keempat ke atas, kebanyakan pada trimester ke tiga (tiga bulan terakhir kehamilan). Setelah persalinan, pada umumnya gula darah kembali normal (Tandra, 2017).

d. Diabetes lain

Diabetes yang tidak termasuk dalam kelompok di atas yaitu diabetes sekunder atau akibat dari penyakit lain, yang mengganggu produksi insulin atau mempengaruhi kerja insulin (Bilous & Donnelly, 2014)
Penyebab diabetes semacam ini adalah:

- 1) Radang pancreas (pankreatitis)
- 2) Gagguan kelenjar adrenal atau hipofisis
- 3) Penggunaan hormone kortikosteroid
- 4) Pemakaian beberapa obat antihipertensi atau antikolestrol
- 5) Malnutrisi
- 6) Infeksi

e. Penyebab Diabetes Tipe 2

Penderita diabetes tipe 2 Sekitar 80% terbukti mengalami obesitas atau kegemukan dan resiko diabetes meningkat secara progresif yang ditunjukkan oleh indeks massa tubuh (IMT) yakni berat badan kg di bagi dengan tinggi badan dalam millimeter meningkat. Bila IMT lebih dari 35 kg/millimeter, resiko diabetes akan meningkat sepanjang 10 tahun sebesar 80 kali lipat dibandingkan dengan nilai IMT yang kurang dari 22 kg/millimeter. Obesitas ditetapkan secara luas bila IMT >30 kg/millimeter, walaupun IMT tidak secara akurat mencerminkan massa lemak atau distribusinya terutama pada populasi Asia. Pemeriksaan yang sederhana untuk mencerminkan massa lemak bersama distribusinya adalah lingkaran lengan (Tandra, 2017)

f. Olahraga fisik dan diet

Tingkat aktivitas fisik yang rendah juga mempengaruhi terjadinya diabetes tipe 2, karena olahraga meningkatkan sensitivitas terjadi diabetes tipe 2, karena olahraga meningkatkan sensitivitas insulin dan membantu mencegah obesitas. Diabetes prevention programme diabetes prevention di AS dan Finlandia telah membuktikan bahwa perubahan atau modifikasi gaya hidup dengan olahraga tingkat sedang dan penurunan berat badan yang sedang dapat secara dramatis mengurangi perburukan kondisi dari IGT menjadi diabetes tipe 2 dan menguatkan pentingnya faktor gaya hidup sebagai penyebab diabetes (Bilous & Donnelly, 2014)

g. Hormon dan sitokin

Lemak visceral melepaskan asam lemak non-esterifikasi (*non-esterified fatty acid*, NEFA) dalam jumlah yang besar melalui lipolysis yang meningkatkan glukoneogenesis pada hati dan menghambat ambilan glukosa serta penggunaannya pada otot. NEFA dapat juga menghambat sekresi insulin dengan meningkatkan akumulasi trigliserida dalam sel β . Selain itu jaringan adipose menghasilkan sitokin yang semuanya telah terbukti secara riset eksperimen mengganggu kerja insulin (Bilous & Donnelly, 2014).

h. Inflamasi

Sitokin ikut berperan dalam respon fase akut sehingga tidak mengejutkan bila penanda (marker) dalam darah seperti protein C-reaktif dan asam sialik meningkat pada pasien diabetes tipe 2. Inflamasi atau peradangan dapat menjadi presedur dan penghubung yang lazim antara diabetes dan penyakit arteri coroner (Bilous & Donnelly, 2014).

i. Genetik

Bukti dari adanya faktor genetik pada kasus diabetes tipe 2 bersumber dari agregasi penyakit pada keluarga yang jelas, namun segregasi tidak terjadi pada hukum mendel klasik. Sekitar 10% pasien yang menderita diabetes tipe 2 mempunyai saudara kandung yang sama-

sama terkena penyakit tersebut. Angka pewarisan genetik (*concordance rate*) pada kembar identik adalah secara beragam diramalkan mencapai 33- 90% (17-37%) pada bukan kembar identik. Pembawa alel risiko T telah terbukti mengalami gangguan sekresi insulin dan peningkatan haluaran glukosa hepatis. Hampir semua gen yang tidak normal tersebut mempengaruhi massa atau fungsi sel β dan sebagian tanpa berpotensi menimbulkan resistensi insulin (Bilous & Donnelly, 2014).

j. Sindrom metabolik

Agregasi obesitas, hiperglikemia, hipertensi, dan hyperlipidemia pada pasien diabetes tipe 2 dan penyakit kardiovaskular saat ini diistilahkan dengan sindrom metabolik. Penerapan prediktif terhadap sindrom metabolik sebagai suatu konsep menambah sedikit kontiusi terhadap faktor resiko konstituen (sebagian dari seluruh faktor resiko yang ada) bila faktor risiko tersebut digunakan secara terpisah (Bilous & Donnelly, 2014).

k. Disfungsi sel β

Diabetes tipe 2 terjadi karena kemunduran progresif fungsi sel β ditambah dengan peningkatan resistensi insulin bila sel β tidak mampu mengompensasinya. Pada saat didiagnosis, fungsi sel β telah berkurang sekitar 50% dan terus menurun meskipun dengan terapi (Bilous & Donnelly, 2014).

D. Patofisiologi Diabetes Melitus

Pancreas memiliki sel-sel beta yang menghasilkan insulin untuk mengatur metabolisme karbohidrat dan membawa glukosa ke sel tubuh. Gangguan reproduksi insulin di pancreas akibat kerusakan sel pancreas atau kemampuan tubuh bereaksi terhadap insulin itu sendiri menjadi faktor penyebab terjadinya diabetes melitus. Faktor genetik bukan menjadi faktor utama penyebab diabetes, melainkan faktor kebiasaan hidup dan lingkungan juga dapat memengaruhi (Wijaya, 2018).

Pada diabetes tipe 2 disebabkan oleh kombinasi resisten insulin perifer dan keadekuatan sekresi insulin dari sel beta pancreas di sebut sebagai *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM)* atau tidak tergantung insulin. Resistensi insulin dapat dipengaruhi oleh adanya asam lemak bebas yang meningkat dan *proinflammatory cytokines* dalam plasma darah, sehingga memicu penurunan transport glukosa ke sel otot, peningkatan produksi glukosa dan pemecahan lemak juga meningkat. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya diabetes tipe 2, antara lain obesitas, riwayat keluarga, etnik minoritas, sosial ekonomi rendah dan aktivitas fisik rendah (Wijaya, 2018).

E. Tanda dan Gejala Diabetes Melitus

Menurut (NANDA, 2015):

1. Banyak kencing

Ginjal tidak dapat menyerap kembali gula yang berlebihan di dalam darah sehingga gula akan menarik air ke luar jaringan. Selain kencing menjadi sering dan banyak mengalami dehidrasi atau kekurangan cairan.

2. Rasa haus

Untuk mengatasi dehidrasi, rasa haus timbul dan anda akan banyak minum, dan terus minum.

3. Berat badan turun

Sebagai kompensasi dehidrasi dan harus banyak minum, bisa jadi anda mulai banyak makan. Memang pada mulanya berat badan makin meningkat, tetapi lama-kelamaan otot tidak mendapat cukup gula dan energi untuk tubuh sehingga mau tak mau jaringan otot dan lemak harus dipecah untuk memenuhi kebutuhan energi. Efeknya berat badan menjadi turun walaupun makanya banyak.

4. Rasa seperti flu dan lemah

Keluhan diabetes dapat menyerupai sakit flu, rasa capek, lemah, dan nafsu makan menurun. Pada diabetes, gula tidak lagi menjadi sumber energi karena glukosa tidak dapat diangkut ke dalam sel untuk menjadi energi.

5. Mata kabur

Gula darah yang tinggi akan menarik ke luar cairan dari lensa mata sehingga lensa menjadi tipis. Akibatnya mata penderita diabetes mengalami kesulitan focus, selanjutnya membuat penglihatan jadi kabur. Apabila anda mengontrol glukosa darah dengan baik, penglihatan jadi baik karena lensa kembali normal.

6. Luka sukar sembuh

Penyebab luka sukar sembuh adalah pertama, akibat infeksi hebat sehingga kuman dan jamur mudah tumbuh pada kondisi gula darah tinggi, kedua karena kerusakan dinding pembuluh darah sehingga aliran darah yang tidak lancar pada kapiler (pembuluh darah kecil) menghambat penyembuhan luka, dan yang ketiga adalah kerusakan saraf, luka yang tidak terasa menyebabkan diabetesi tidak menaruh perhatian pada luka dan membiarkannya semakin busuk.

7. Rasa semutan

Kerusakan saraf yang disebabkan glukosa tinggi akan merusak dinding pembuluh darah. Yang kemudian mengganggu nutrisi bagi saraf. Karena yang rusak saraf sensoris maka keluhan yang paling sering muncul adalah rasa kesemutan atau baal (tidak terasa), terutama pada tangan dan kaki. Kemudian bisa timbul rasa nyeri pada anggota tubuh, betis, lali, tangan, dan lengan, bahkan bisa terasa seperti terbakar.

8. Gusi merah dan bengkak

Kemampuan rongga mulut penderita diabetesi menjadi lemah dalam melawan infeksi sehingga terjadilah gusi bengkak dan merah, infeksi, serta gigi yang tampak tidak rata dan mudah tanggal.

9. Kulit kering dan gatal

Kulit terasa kering, sering gatal, dan infeksi. Keluhan ini biasanya menjadi penyebab pasien datang memeriksakan diri ke dokter. Pada pemeriksaan dokter kulit barulah di temukan adanya diabetes.

10. Mudah kena infeksi

Leukosit (sel darah putih) yang biasanya dipakai untuk melawan infeksi tidak dapat berfungsi dengan baik pada keadaan gula darah tinggi. Diabetes

membuat anda mudah terkena infeksi.

11. Gatal pada kemaluan

Infeksi jamur menyukai suasana gula darah tinggi. Vagina mudah terkena infeksi jamur sehingga mengeluarkan cairan kental putih kekuningan serta timbul rasa gatal (Tandra, 2015).

F. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (NANDA, 2015):

1. Pemeriksaan glukosa darah menggunakan sample darah perifer atau vena. Hasil yang ditemukan sebagai kriteria hiperglikemi atau diabetes mellitus, yaitu; glukosa darah puasa >120 mg/dl, glukosa darah 2 jam setelah puasa >200 mg/dl, dan glukosa darah acak >200 mg/dl, dan glukosa darah acak >200 mg/dl.
2. Urine lengkap dapat juga digunakan untuk memastikan glukosa yang berlebihan dalam darah menggunakan reaksi fehling atau kertas strip (BM Test, Glukotest dan diastix).
3. A1C sebagai test diagnostic dan alat screening yang di anjurkan oleh American (ADA) memiliki keuntungan mudah diaplikasikan dan tidak membutuhkan puasa (Patel & Macerollo, 2010). A1C yang lebih dari 6,5% dalam dua kali pemeriksaan, maka dapat ditegakkan sebagai diabetes mellitus.
4. C peptide dapat digunakan untuk menentukan penyebab diabetes atau mengklasifikasi diabetes mellitus. Diabetes tipe 1 memiliki C peptide yang rendah (<1.51 ng/ml), sedangkan diabetes tipe 2 memiliki C peptide normal atau tinggi >ng/dl.

G. Gangren Luka Diabetik

1. Kaki Diabetik Akibat Iskemia (KDI)

Penyebab penurunan aliran darah ke tungkai akibat adanya makroangiopati (arterosklerosis) dari pembuluh darah besar ditungkai, terutama daerah betis, gambaran klinis KDI sebagai berikut:

- a) Penderita mengeluh nyeri pada waktu istirahat

- b) Pada perabaan terasa dingin
- c) Pulsasi pembuluh darah kurang kuat
- d) Didapatkan ulkus pada ganggren

2. Kaki Diabetik Akibat Neuropati (KDN)

Terjadi kerusakan saraf somatik dan otonomik, tidak ada gangguan dari sirkulasi. Klinis dijumpai di kaki yang kering, hangat, kesemutan, mati rasa, edema kaki, dengan pulsasi pembuluh darah kaki teraba baik.

Ulkus kaki diabetes merupakan komplikasi diabetes yang berkaitan dengan morbiditas, yang disebabkan oleh makrovaskuler (kerusakan pembuluh darah besar) dan mikrovaskuler (kerusakan pembuluh darah kecil) (Handaya, 2016), luka diabetik adalah jenis luka yang ditemukan pada penderita diabetes melitus. Luka mula-mula tergolong biasa dan seperti luka pada umumnya tetapi luka pada penderita DM ini jika salah penanganan dan perawatan akan menjadi terinfeksi. Luka kronis dapat menjadi luka gangrene dan berakibat fatal serta berujung amputasi (Maghfuri, 2016)

H. Dampak masalah luka Diabetes Melitus

Adanya penyakit ganggren pada kaki diabetikum akan mempengaruhi keluarga dan individu dan keluarga, adapun masalah yang dapat terjadi, pola dan gaya hidup penderita akan berubah, Gordon telah mengembangkan sebelas pola fungsi kesehatan yang dapat digunakan untuk mengetahui perubahan tersebut (Maghfuri, 2016):

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Pada pasien ganggren kaki diabetik terjadi perubahan persepsi dan tata laksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan tentang dampak ganggren kaki diabetik.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Akibat produksi insulin yang tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan keluhan sering kencing, banyak makan, berat badan menurun, dan mudah lelah.

3. Pola eliminasi

Adanya hiperglikemi menyebabkan diuresis osmotik yang menyebabkan pasien sering kencing (poliuria) dan pengeluaran glukosa pada urine (glukosuria). Pada eliminasi alvi relatif tidak ada gangguan.

4. Pola tidur dan istirahat

Adanya poliuria, nyeri pada kaki yang luka dan situasi rumah sakit yang ramai akan mempengaruhi waktu tidur dan istirahat penderita, dengan demikian, pola tidur dan waktu tidur penderita mengalami perubahan.

5. Pola aktivitas dan latihan

Adanya luka ganggren dan kelemahan otot-otot pada tungkai bawah menyebabkan penderita tidak mampu melaksanakan aktivitas sehari hari secara maksimal, penderita mudah mengalami kelelahan.

6. Pola hubungan dan peran

Luka ganggren yang sukar sembuh dan berbau menyebabkan penderita malu dan menarik diri dari pergaulan.

7. Pola sensori dan kognitif

Pasien dengan ganggren cenderung mengalami neuropati/ mati rasa pada luka sehingga tidak peka terhadap adanya luka.

8. Pola persepsi dan konsep diri

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri, luka yang sukar sembuh, lama perawatan, banyak biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan.

9. Pola seksual dan reproduksi

Angiopati dapat terjadi pada sistem pembuluh darah di organ reproduksi sehingga mengalami gangguan potensi seksual, gangguan kualitas, maupun ereksi, serta memberi dampak pada proses ejakulasi serta orgasme.

10. Pola mekanisme stres dan coping

Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi

psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung, dan lain-lain.

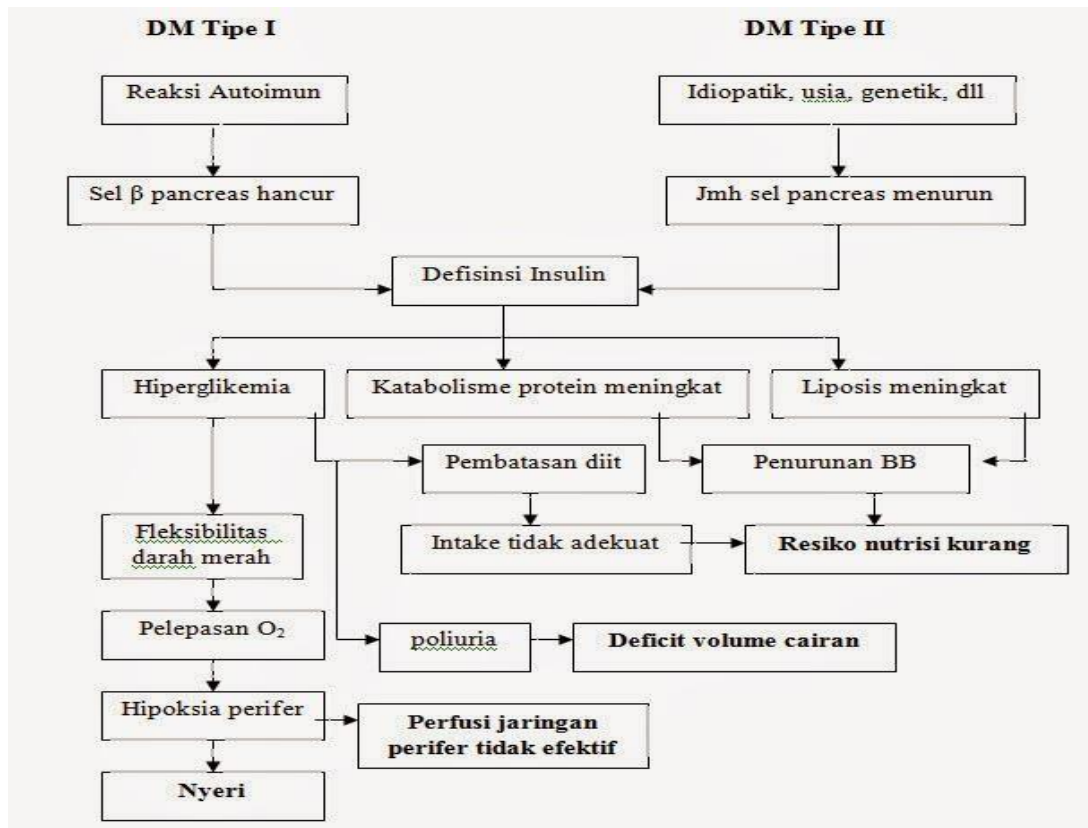
11. Pola tata dan kepercayaan

Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh serta luka pada kakitidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

I. Patofisiologi Ulkus Diabetes Melitus

Menurut (Bilous & Donnelly, 2014), ulkus pada penderita diabetes disebabkan terutama oleh neuropati (motorik, sensorik, dan otonom) dan iskemia, serta diperumit oleh infeksi. Neuropati diabetikum terjadi pada setidaknya sebagian pasien yang berusia lebih dari 60 tahun, dan meningkatkan resiko ulkus sebanyak tujuh kali lipat. Neuropati sensorik sering kali menyebabkan kaki penderita diabetes menjadi semacam “buta dan tuli”. Neuropti motorik menyebabkan atrofi otot, deformitas kaki, perubahan biomekanik, dan redistribusi tekanan pada kaki yang semuanya dapat mengarah pada ulkus. Neuropati sensorik memengaruhi nyeri dan ketidaknyamanan, yang menunjang kearah trauma berulang pada kaki. Saraf otonom yang rusak menyebabkan penurunan pengeluaran keringat sehingga kulit menjadi kering dan pecah-pecah disertai fisura yang akibatnya dapat menjadi pintu masuk bakteri yang akhirnya menyebabkan infeksi menyebar. Kerusakan persarafan simpatis pada kaki menimbulkan taut (*shunting*) arterivenosa dan distensi vena. Kondisi tersebut memintas bantalan kapiler pada area yang terkena dan dapat menghambat suplai nutrisi serta oksigen. Penyakit mikrovaskuler dapat juga mengganggu suplai nutrisi oleh darah ke jaringankaki (Bilous & Donnelly, 2014).

Gambar 2.5 Pathway Diabetes Mellitus



Pathway Diabetes Mellitus(Sumber: (Muttaqin & Sari, 2011)

J. Pengertian *Debridement*

Pengertian *Debridement* adalah menghilangkan jaringan mati juga membersihkan luka dari kotoran yang berasal dari luar yang termasuk benda asing bagi tubuh. Caranya yaitu dengan mengompres luka menggunakan cairan atau beberapa material perawatan luka yang fungsinya untuk menyerap dan mengangkat bagian-bagian luka yang nekrotik (Wesnawa, 2015).

K. Konsep *Guided Imagery*

a. Pengertian *Guided Imagery*

Menurut (Black & Hawks, 2014) *Guided Imagery* adalah metode relaksasi untuk menghayalkan tempat dan kejadian yang berhubungan dengan rasa relaksasi menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan klien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi. *Guided Imagery*

menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu yang dirancang khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Imajinasi bersifat individu dimana individu menciptakan gambaran mental dirinya sendiri, atau bersifat terbimbing (Nurghiwiati, 2015) dalam (Alvianita, 2019).

b. Teknik *Guided Walking Imagery*

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *guided walking imagery* karena peneliti akan memandu responden untuk mengimajinasikan pemandangan seperti taman bunga, serta mengimajinasikan bayi yang sangat manis dan tumbuh sehat untuk mengurangi nyeri.

Macam-macam teknik *Guided Imagery* berdasarkan pada penggunaannya terdapat beberapa macam teknik, yaitu (Grocke & Moe, 2015) dalam (Afdila, 2016) :

c. *Guided walking imagery*

Teknik ini ditemukan oleh psikoleuner. Pada teknik ini menggunakan imajinasi dan visualisasi untuk mengurangi nyeri dan mendorong relaksasi. Pasien dianjurkan mengimajinasikan pemandangan standar seperti padang rumput, pegunungan, pantai.

d. Manfaat *Guided Walking Imagery*

Manfaat dari teknik *Guided Imagery* yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres dan nyeri sebagai penghancur sel kanker, untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri, serta untuk mencapai ketenangan dan ketentraman (Potter & Perry, 2010) dalam (Cahyaningrum, 2020). *Guided Imagery* merupakan imajinasi yang direncanakan secara khusus untuk mencapai efek positif. Dengan membayangkan hal-hal yang menyenangkan maka akan terjadi perubahan aktivitas motorik sehingga otot-otot yang tegang menjadi rileks, respon terhadap bayangan menjadi semakin jelas. *Guided Imagery* dapat membangkitkan perubahan neurohormonal dalam tubuh yang menyerupai perubahan yang terjadi ketika sebuah peristiwa yang sebenarnya terjadi (Hart, 2008) dalam (Afdila, 2016) .

Hal ini bertujuan untuk membangkitkan keadaan relaksasi psikologis dan fisiologis untuk meningkatkan perubahan yang menyembuhkan ke seluruh tubuh (Jacobson, 2006) dalam (Afdila, 2016).

e. Indikasi *Guided Walking Imagery*

Dossey, etal (dalam (Potter & Perry, 2010) menjelaskan aplikasi klinis *Guided Imagery* yaitu sebagai penghancur sel kanker, untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri, serta untuk mencapai ketenangan dan ketentraman. *Guided Imagery* juga membantu dalam pengobatan seperti asma, hipertensi, gangguan fungsi kandung kemih, sindrom pre menstruasi, dan menstruasi. selain itu *Guided Imagery* juga digunakan untuk mereduksi nyeri luka bakar, sakit kepala migrain dan nyeri pasca operasi. Indikasi dari *Guided Imagery* adalah semua pasien yang memiliki pikiran negatif atau pikiran menyimpang dan mengganggu perilaku (maladaptif). Misalnya over generalization, stress, cemas, depresi, nyeri, hipokondria, dan lain-lain.

f. Prosedur Terapi *Guided Imagery*

Prosedur pelaksanaan terapi *Guided Imagery* meliputi :

1. Menjelaskan tujuan, manfaat dan cara dilakukannya tehnik *Guided Imagery*.
2. Mengkaji intensitas nyeri sebelum dilakukan intervensi dengan menggunakan skala nyeri yang ada di kuesioner yang sudah dijelaskan cara pengisiannya.
3. Mengkaji hal-hal yang disukai klien sebelum dilakukan intervensi (Patasik, Tangka, & Rottie, 2013).

Pelaksanaan :

Pelaksanaan tehnik *Guided Imagery* (Nurghiwiati, 2015) dalam (Alvianita, 2019) sebagai berikut :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Bawa peralatan mendekati tempat tidur
3. Ikuti instruksi selama proses latihan
4. Pilih posisi yang nyaman apakah duduk, berdiri atau terlentang dengan tulang punggung lurus

5. Instruktur meminta peserta untuk menarik panjang dan lembut melalui hidung kemudian menahan nafas selama 3 detik dan mengeluarkan nafas dengan lembut dari mulut.
6. Lakukan pernafasan dalam dan lembut sebanyak 10 kali
7. Kemudian membacakan teks perjalanan imagery
8. Instruktur meminta pasien untuk melakukan nafas dalam sebanyak 10 kali secara lembut
9. Instruktur meminta pasien membuka mata perlahan-lahan dan latihan ini sudah selesai.

L. Jurnal Terkait

Tabel 2.1 Tinjauan Ilmiah Artikel

No	Judul Atikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	Pengaruh Terapi <i>Guided Imagery</i> Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruang Bougenvil RSUD Dr. R. Koesma Tuban (Astuti & Respati, 2018)	D : Quasy Eksperimental S : 28 responden V : - I : Lembar observasi A : Uji <i>Mann Whitney</i>	Hasil uji Mann Whitney didapatkan hasil Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,000 dimana $0,000 < 0,05$, maka H1 diterima H0 ditolak sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh terapi <i>Guided Imagery</i> terhadap nyeri pada pasien post operasi fraktur. Dapat disimpulkan bahwa terapi <i>Guided Imagery</i> mempunyai pengaruh terhadap nyeri pada pasien post operasi fraktur. Sehingga diharapkan terapi <i>Guided Imagery</i> dapat diterapkan oleh tenaga kesehatan khususnya tenaga perawat di rumah sakit sebagai terapi nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri.
2	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan <i>Guided Imagery</i> Terhadap Penurunan Nyeri	D : Quasy Eksperiment S : 20 responden V : -	Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai $p = 0.00$, lebih kecil dari nilai $\alpha=0.05$, dengan demikian ada pengaruh teknik

<p>Pada Pasien Post Operasi Sectio Casearea Di RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado (Rompas & Mulyadi, 2017)</p>	<p>I : Lembar observasi A : Uji <i>Paired T-Test</i></p>	<p>relaksasi nafas dalam dan <i>Guided Imagery</i> pada pasien post operasi section caesarea di RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado. Kesimpulan dimana teknik relaksasi nafas dalam dan <i>Guided Imagery</i> dapat menurunkan nyeri pada pasien post operasi section caesarea di RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado</p>
<p>3 Pengaruh Pemberian <i>Guided Imagery</i> Terhadap Skala Nyeri Post Operasi Appendisititis Hari Pertama Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2017 (Lolo & Novianty, 2018)</p>	<p>D : Quasy Eksperiment S : 20 orang V : - I : Lembar observasi A : Uji <i>Paired T-Test</i></p>	<p>Hasil uji statistik Paired T-Test diperoleh p-value =0,000 lebih kecil dari 0,05. Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian <i>Guided Imagery</i> terhadap skala nyeri pada pasien post operasi appendiktomi hari pertama tahun 2017</p>
<p>4 Teknik Relaksasi Imajinasi Terbimbing (<i>Guided Imagery</i>) Menurunkan Nyeri Pasien Pasca Serangan Jantung (Febtrina & Febriana, 2017)</p>	<p>D : Quasy Eksperiment S : 12 responden V : - I : Lembar Observasi A : Uji <i>Paired T-Test</i></p>	<p>Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi imajinasi terbimbing (<i>Guided Imagery</i>) terhadap penurunan nyeri pasien pasca serangan jantung di ruang Flamboyan RSUD Arifin Provinsi Riau</p>
<p>5 Pengaruh Therapy <i>Guided Imagery</i> Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar (Erawati, Kasim, & Ernawati, 2019)</p>	<p>D : Pre eksperimental S : 11 responden V : - I : Lembar Observasi A : Uji <i>Wilcoxon</i></p>	<p>Hasil uji Wilcoxon diperoleh nilai $\rho=0,002$, yang berarti nilai ρ lebih kecil dari nilai (α) 0,05, dengan demikian H_0 ditolak dan H_a diterima. Kesimpulan penelitian ini adalah ada pengaruh therapy <i>Guided Imagery</i> terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar.</p>
<p>6 Pemberian Terapi <i>Guided Imagery</i></p>	<p>D : Studi Kasus S : 1 pasien</p>	<p>Hasil studi kasus ini menunjukkan setelah</p>

<p>Terhadap Pasien Dengan Nyeri dan Ansietas Post Operasi Fraktur Collum Humerus (Khasanah, 2023)</p>	<p>V : - I : - A : -</p>	<p>dilakukan intervensi <i>Guided Imagery</i> selama 3 hari terdapat penurunan Numeric Pain Scale dari 7 (nyeri sedang) menjadi 3 (nyeri ringan) dan penurunan skor Beck Anxiety Inventory dari 11 (gangguan kecemasan ringan) menjadi 5 (gangguan kecemasan minimal). Kesimpulan: <i>Guided Imagery</i> efektif mengurangi nyeri serta ansietas pada pasien post operasi fraktur collum humerus.</p>
<p>7 Penerapan <i>Guided Imagery</i> (Imajinasi Termbimbing) Terhadap Skala Nyeri Pasien Thalasemia Dan Dyspepsia Di RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Mtero (Wati, Kesumadewi, & Inayati, 2022)</p>	<p>D : Studi Kasus S : 2 pasien V : - I : - A : -</p>	<p>Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan <i>Guided Imagery</i>, terjadi penurunan skala nyeri pada kedua subyek penerapan, yaitu pada subyek I (Ny. I) dari skala nyeri 4 menjadi skala 1 dan pada subyek II (Ny. M) dari skala nyeri 5 menjadi skala 1. Bagi pasien yang mengalami masalah nyeri hendaknya dapat melakukan penerapan <i>Guided Imagery</i> secara mandiri untuk membantu menurunkan skala nyeri sehingga memberikan rasa nyaman pada pasien.</p>
<p>8 Penerapan Terapi <i>Guided Imagery</i> Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendisititis (Syahfitri, Sianturi, & Saraswati, 2022)</p>	<p>D : Studi Kasus S : 2 pasien V : - I : - A : -</p>	<p>Dari hasil studi kasus di atas, bahwa terapi <i>Guided Imagery</i> dapat dijadikan salah satu teknik relaksasi non-farmakologi yang dapat digunakan oleh perawat dalam penanganan nyeri post operasi appendisititis. Hal tersebut dibuktikan bahwa setelah diberikan penerapan terapi <i>Guided Imagery</i> secara bertahap, mampu menurunkan tingkat</p>

9 Pengaruh *Guided Imagery* Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea Di Ruang Kebidanan RSUD Rupit Kabupaten Musi Rawas Utara (Eliagita, Oktarina, Absari, & Firgiwati, 2022)

D : Pre
Eksperimental
S : 32 responden
V : -
I : Lembar
Observasi
A : Uji *Paired T-Test*

nyeri kedua pasien post operasi appendisitis. Terdapat Pengaruh Teknik Relaksasi *Guided Imagery* Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Pasca Operasi Fraktur Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta setiap pasien yang mengalami nyeri maka diberikan analgesik, karena mereka menganggap bahwa penggunaan analgesik memberikan efek kerja yang lebih cepat daripada menggunakan teknik relaksasi atau tindakan non-farmakologi yang lain. Teknik relaksasi *Guided Imagery* tidak mempunyai efek samping apapun dan juga dapat menghemat biaya dalam menjalani pengobatan.