

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fraktur

1. Fraktur

Fraktur adalah patahan yang terjadi didalam kontinuitas struktural tulang. Hal ini mungkin tidak lebih dari sebuah retakan, suatu pengisutan, atau pecahnya korteks; lebih sering disebut sebagai patahan yang sempurna. Fragmen tulang yang dihasilkan mungkin akan berada di tempatnya atau keluar dari tempatnya. Jika kulit atasnya tetap utuh, maka disebut juga fraktur tertutup. Namun jika kulit atau salah satu dari rongga tubuh menerobos keluar atau tertembus, maka disebut juga fraktur terbuka (atau compound) yang dapat menyebabkan kontaminasi dan infeksi (Apley & Salmon, 2018).

2. Etiologi

Menurut Suriya and Zuriati (2019) penyebab patah tulang dibagi menjadi beberapa jenis yaitu:

a. Cidera atau benturan

- 1) Cedera langsung yaitu pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pada pemukulan ini biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.

- 2) Cedera tidak langsung yaitu pukulan langsung yang berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan terjulur sehingga menyebabkan fraktur klavikula.
- 3) Fraktur yang disebabkan yaitu kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

b. Fraktur patologik

Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis.

c. Fraktur beban

Fraktur beban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru di terima dalam angkatan bersenjata atau orang-orang yang baru mulai latihan lari.

3. Patofisiologi

Apabila patah tulang, terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan, kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Keadaan ini menimbulkan hematoma pada kanal medula antara tepi tulang bawah periostrium dengan jaringan tulang yang mengatasi fraktur.

Terjadinya respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik yang ditandai dengan fase vasodilatasi dari plasma dan leukosit, ketika terjadi kerusakan tulang, tubuh mulai melakukan proses penyembuhan untuk

memperbaiki cedera, tahap ini menunjukkan tahap awal penyembuhan tulang.

Hematoma yang terbentuk biasa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang yang kemudian merangsang pembebasan lemak dan gumpalan lemak tersebut masuk ke dalam pembuluh darah yang mensuplai organ-organ yang lain. Hematoma menyebabkan dilatasi kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler, kemudian menstimulasi histamin pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang dan masuk ke interstitial. Hal ini menyebabkan terjadinya edema. Edema yang terbentuk akan menekan ujung syaraf, yang bila berlangsung lama bisa menyebabkan sindrom kompartemen (Suriya & Zuriati, 2019).

4. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis fraktur menurut Brunner and Suddarth (2013) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan lokal, serta perubahan warna. Namun, tidak semua gejala ini ada pada setiap fraktur dan kebanyakan justru tidak terdapat pada fraktur linear (fisur) atau fraktur impaksi (permukaan patahan saling terdesak satu sama lain). Berikut adalah gejala fraktur yaitu :

- 1) Nyeri terus menerus dan bertambah berat sampai fragmen tulang dimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan

bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

- 2) Bagian-bagian tidak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) setelah terjadinya fraktur. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan dan tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas normal. Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot tergantung pada integritasnya tulang tempat melekatnya otot.
- 3) Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lainnya sampai 2,5 – 5cm (1- 2 inci).
- 4) Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba karena adanya gesekan antar fragmen satu dengan yang lainnya. Uji krepitus dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat.
- 5) Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat trauma dan perdarahan yang menyertai fraktur. Pembengkakan dan perubahan warna biasanya terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera terjadi.

5. Klasifikasi

Fraktur dapat diklasifikasikan menjadi fraktur tertutup dan fraktur terbuka. Fraktur tertutup memiliki kulit yang masih utuh di atas lokasi cedera, sedangkan fraktur terbuka dicirikan oleh robeknya kulit di atas cedera tulang. Kerusakan jaringan dapat sangat luas pada fraktur terbuka, yang dibagi berdasarkan keparahannya (Black & Hawks, 2014).

- 1) Derajat 1 : Luka kurang dari 1 cm, kontaminasi minimal
- 2) Derajat 2 : Luka lebih dari 1 cm, kontaminasi sedang
- 3) Derajat 3 : Luka melebihi 6 hingga 8 cm, ada kerusakan luas pada jaringan lunak, saraf, tendon, kontaminasi banyak. Fraktur terbuka dengan derajat 3 harus sedera ditangani karena resiko infeksi.

Menurut Wiarto (2017) fraktur dapat dibagi kedalam tiga jenis antara lain:

- 1) Fraktur tertutup

Fraktur tertutup adalah jenis fraktur yang tidak disertai dengan luka pada bagian luar permukaan kulit sehingga bagian tulang yang patah tidak berhubungan dengan bagian luar.

- 2) Fraktur Terbuka

Fraktur terbuka adalah suatu jenis kondisi patah tulang dengan adanya luka pada daerah yang patah sehingga bagian tulang berhubungan dengan udara luar, biasanya juga disertai adanya pendarahan yang banyak. Tulang yang patah juga ikut menonjol

keluar dari permukaan kulit, namun tidak semua fraktur terbuka membuat tulang menonjol keluar. Fraktur terbuka memerlukan pertolongan lebih cepat karena terjadinya infeksi dan faktor penyulit lainnya.

3) Fraktur kompleksitas

Fraktur jenis ini terjadi pada dua keadaan yaitu pada bagian ekstermitas terjadi patah tulang sedangkan pada sendinya terjadi dislokasi.

B. Asuhan Keperawatan pada pasien Post op Fraktur

Di dalam memberikan asuhan keperawatan digunakan sistem atau metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahap awal pada proses keperawatan dan dapat mengumpulkan data dengan sistematis dimulai dari dengan mengumpulkan data, identitas dan evaluasi status kesehatan pasien.

a. Identitas pasien

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui nama inisial pasien, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, alamat, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, cara masuk, keluhan utama klien, alasan masuk dirawat dan masalah medis.

b. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama: pada pasien fraktur pasti merasakan nyeri. Dapat diambil diagnose keperawatan nyeri akut tergantung dari lamanya serangan. Menurut menurut Padila (2012) untuk memperoleh pengkajian lengkap mengenai nyeri:

1. *Provoking Incident* yaitu penyebab terjadinya nyeri yaitu karena adanya sayatan dalam proses pembedahan yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga memicu terjadinya nyeri
2. *Quality of pain* yaitu kualitas nyeri seperti apa yang dirasakan dan bisa digambarkan pasien. Apakah menusuk-menusuk atau berdenyut-denyut. Hal ini berlaku jika pasien dalam keadaan sadar dan dapat mengutarakan rasa nyeri yang dialaminya. Namun, perlu diingat bahwa toleransi terhadap nyeri setiap pasien berbeda-beda.
3. *Region*: letak rasa sakit yang terjadi, apakah sakit yang dirasakan bisa mereda, dan apakah rasa nyeri yang dirasakan menjalar atau menyebar. Area nyeri yang sangat dirasakan oleh klien pada bagian perut kanan bawah.
4. *Severity (Scale) of pain*: seberapa jauh nyeri yang dirasakan, pasien bisa memberitahukan seberapa jauh mempengaruhi kemampuan fungsinya. Rentang skala yang digunakan untuk persiapan pasien dengan terapi Benson adalah skala 4-6 (sedang).

5. *Time*: berapa lama durasi nyeri yang di rasakan langsung klien, kapan dan apakah rasa nyeri yang dirasakan semakin parah atau tidak. Nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu 10 menit dengan sifat nyeri menetap.

Riwayat Kesehatan Sekarang : timbulnya nyeri pada pasien berada pada nyeri kaki bagian kiri seperti ditusuk karena adanya bekas operasi fraktur klien Nampak merasa sakit bagian kaki bekas operasi .

Riwayat Kesehatan Dahulu: pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

Riwayat Penyakit Keluarga : Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik (Padila, 2012).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

Nyeri Akut <i>Kategori: Psikologis</i> <i>Subkategori: Nyeri dan kenyamanan</i>
Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
Penyebab <ol style="list-style-type: none">1. Agen pencedera sensorik (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif <ol style="list-style-type: none">1. Mengeluh nyeri Objektif <ol style="list-style-type: none">1. Tampak meringis2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)3. Gelisah4. Frekuensi nadi meningkat5. Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor Subjektif <ol style="list-style-type: none">1. (Tidak tersedia)

<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri <p>Diaphoresis</p>
<p>Kondisi klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> B. Kondisi pembedahan C. Cedera traumatis D. Infeksi E. Sindrom coroner akut <p>Glaucoma</p>

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan	
	Tujuan & Kriteria Hasil (PPNI, 2019)	Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi cukup menurun	Terapi Musik Religi <i>Observasi:</i> - Identifikasi perubahan perilaku atau fisiologis yang akan dicapai (mis. Relaksasi, stimulasi, konsentrasi,

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Meringis dari meningkat menjadi cukup menurun 3. Gelisah dari meningkat menjadi cukup menurun 4. Sulit tidur dari meningkat menjadi cukup menurun 5. Frekuensi nadi dari memburuk menjadi cukup membaik. 	<p>pengurangan rasa sakit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi minat terhadap musik - Identifikasi musik yang disukai. <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan dalam posisi yang nyaman - Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan (mis.lampu, suara, pengunjung, panggilan telepon) - Sediakan peralatan terapi musik - Atur volume suara yang sesuai - Berikan terapi musik sesuai idukasi - Hindari pemberian terapi musik dalam waktu yang lama - Hindari pemberian terapi musik saat cedera kepala akut. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur terapi musik - Anjurkan rileks selama mendengarkan musik.
--	--	---

4. Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah di susun pada tahap intervensi ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan

dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien/keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Iqramulla, N, 2021).

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien ditulis menggunakan bahasa aplikatif dan bahasa sederhana. Proses pelaksanaan implementasi berpusat kepada kebutuhan klien faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Iqramulla, N, 2021).

Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu aktivitas tindakan keperawatan untuk mengetahui efektivitas tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan yang di

berikan. Dalam perumusan evaluasi 27 keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni:

C. Konsep Nyeri

1. Defenisi Nyeri

Nyeri merupakan salah satu gejala yang paling sering ditemukan pada masalah sistem muskuloskeletal. Kebanyakan pasien dengan penyakit atau kondisi traumatis (otot, tulang, dan sendi) biasanya mengalami nyeri. Nyeri tulang biasanya digambarkan sebagai nyeri dalam tumpul yang bersifat menusuk, sedangkan nyeri pada otot biasanya digambarkan sebagai rasa pegal. Nyeri fraktur bersifat tajam dan menusuk. Nyeri ini dapat dihilangkan dengan imobilisasi. Nyeri tajam juga ditimbulkan oleh infeksi nyeri tulang akibat spasme otot atau penekanan pada saraf sensoris (Rudi & Maria, 2019).

a. Penyebab nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu trauma, mekanik, termis, elektrik, neoplasma (jinak dan ganas), peradangan (inflamasi), gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah serta yang terakhir adalah trauma psikologis (Handayani, 2015).

b. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat dibedakan berdasarkan durasi, skala, transmisi, sumber, dan penyebab nyeri

1) Berdasarkan durasi nyeri

a) Nyeri akut

(a) Nyeri akut datang secara tiba-tiba dengan durasi yang singkat dan bersifat sementara.

(b) Keberadaan nyeri jelas dan besar kemungkinan rasa nyeri dapat cepat hilang.

(c) Area nyeri dapat diidentifikasi

b) Nyeri kronis

(a) Nyeri kronis dapat menetap (kronis) selama lebih dari 6 bulan.

(b) Intensitas nyeri sukar untuk diturunkan.

(c) Area nyeri tidak mudah untuk diidentifikasi

(d) Rasa nyeri biasanya kurang jelas, dan kecil kemungkinan untuk sembuh

2) Berdasarkan skala nyeri

a) 0 : tidak nyeri

b) 1-3 : nyeri ringan

c) 4-6 : nyeri sedang

d) 7-9 : nyeri berat

e) 10 : nyeri tidak terkontrol

3) Berdasarkan transmisi nyeri

a) Nyeri menjalar, yang terjadi pada bidang luas dan pada struktur yang terbentuk dari embrionik dermatom yang sama.

b) Nyeri rujukan (referred pain), yang bergerak dari suatu daerah ke daerah lain.

4) Berdasarkan sumber nyeri

c) . Nyeri superfisial, yang bersifat tajam, menusuk, dan membakar.

d) Nyeri dalam, yang bersifat tajam, tumpul, dan terasa terusmenerus.

e) Nyeri viseral, yang bersifat tajam, tumpul, dan dapat terjadi kejang.

5) Berdasarkan penyebab nyeri

a) Termik, yang disebabkan oleh perbedaan suhu yang ada (ekstrem).

b) Kimia, yang disebabkan oleh bahan atau zat kimia.

c) Mekanik, yang disebabkan oleh trauma fisik atau mekanik.

d) Elektrik, yang disebabkan oleh aliran listrik.

e) Psikogenis, tanpa diketahui adanya kelainan fisik, dan bersifat psikologis.

f) Neurologis, yang disebabkan oleh adanya kerusakan pada jaringan saraf.

Nyeri muskuloskeletal dapat dikurangi dengan istirahat. Memar pada sendi atau otot dapat menimbulkan nyeri dan akan bertambah sakit jika melakukan aktivitas. Nyeri pada satu titik yang akan terus bertambah menunjukkan proses infeksi osteomielitis

tumor ganas, atau komplikasi faskula. Nyeri dapat menyebar pada keadaan yang menimbulkan tekanan pada serabut saraf nyeri. Pangkajian maupun penanganan keperawatan harus dibedakan karena untuk masing-masing pasien bisa berbeda.

2. Alat ukur intensitas nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Penilaian intensitas nyeri dilakukan dengan menggunakan skala :

1) Verbal Descriptor Scale (VDS)

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat kepaahan nyeri lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan.

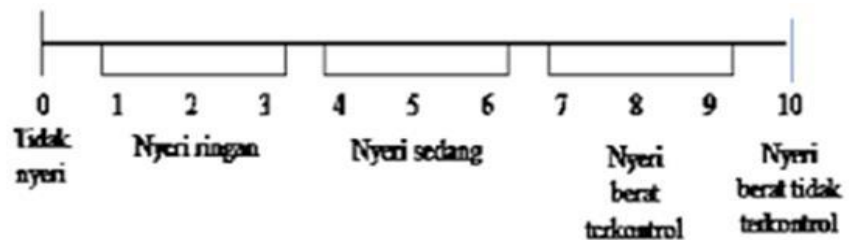
Deskriptif

Tidak nyeri	Nyeri	Nyeri	Nyeri	Nyeri	tidak
	ringan	sedang	berat	tertahankan	

Gambar 2.2 Skala Deskriptif Sumber : Potter and Perry (2006).

2) Skala Numerik

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



Keterangan :

- 0 : Tidak ada keluhan nyeri haid/kram pada perut bagian bawah.
- 1-3 : Terasa kram pada perut bagian bawah, masih dapat ditahan, masih dapat melakukan aktivitas dan masih dapat berkonsentrasi belajar.
- 4-6 : Terasa kram perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, nafsu makan berkurang, sebagian aktivitas terganggu dan sulit berkonsentrasi.
- 7-9 : Terasa kram berat pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, paha atau punggung, tidak ada nafsu makan, mual, badan lemas, tidak mampu beraktivitas, tidak dapat berkonsentrasi belajar.
- 10 : Terasa kram yang sangat berat pada perut bagian bawah menyebar ke pinggang, kaki dan punggung, tidak ada nafsu

makan, mual, muntah, sakit kepala, lemas, tidak mampu berdiri atau bangun dari tempat tidur (Putri, 2020).

3) Skala Analog Visual

Skala analog visual (visual analog scale, VAS) adalah suatu garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri yang terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi respon nyeri

Terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap nyeri. Sebagai tenaga kesehatan, seorang perawat perlu memahami faktor-faktor tersebut agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap klien yang mengalami masalah nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain :

1) Usia

Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan

nyeri. Sebab, mereka belum dapat mengucapkan kata-kata untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orangtua atau petugas kesehatan. Pada sebagian anak, terkadang segan untuk mengucapkan keberadaan nyeri yang ia alami disebabkan mereka takut akan tindakan perawatan yang harus mereka terima nantinya.

Pada pasien lansia, seorang perawat harus melakukan pengkajian secara lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Pada kondisi lansia sering kali memiliki sumber nyeri yang lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung. Nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gejala padagangguan abdomen. Mereka menganggap hal tersebut merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari.

Meskipun banyak lansia mencari perawatan kesehatan karena nyeri, yang lainnya enggan untuk mencari bantuan bahkan ketika mengalami nyeri hebat, karena mereka menganggap bahwa nyeri yang dirasakan adalah bagian dari proses penuaan yang normal yang terjadi pada setiap lansia. Diperkirakan lebih dari 85% dewasa tua mempunyai sedikitnya satu masalah kesehatan kronis yang dapat menyebabkan nyeri.

Lansia cenderung untuk mengabaikan nyeri dan menahan nyeri yang berat dalam waktu yang lama sebelum melaporkannya atau mencari perawatan kesehatan. Lansia yang lainnya tidak mencari perawatan karena merasa takut nyeri tersebut menandakan penyakit yang serius atau takut kehilangan kontrol (Smeltzer et al., 2002).

2) Jenis Kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam mengekspresikan nyeri. Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dalam memaknai nyeri (misal : menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama) (Potter & Perry, 2006).

3) Kebudayaan

Budaya dan etnisitas berpengaruh pada bagaimana seseorang merespons terhadap nyeri. Sejak dini pada masa kanak-kanak, individu belajar dari sekitar mereka respons nyeri yang bagaimana yang dapat diterima atau tidak diterima. Sebagai contoh : anak dapat belajar bahwa cedera akibat olahraga tidak diperkirakan akan terlalu menyakitkan dibandingkan dengan cedera akibat kecelakaan motor. Sementara yang lainnya

mengajarkan anak stimulus apa yang diperlukan akan menimbulkan nyeri dan respons perilaku apa yang diterima.

Nilai-nilai budaya perawat dapat berbeda dengan nilai-nilai budaya pasien dan budaya lain. Harapan dan nilai-nilai budaya perawat dapat mencakup menghindari ekspresi nyeri yang berlebihan, seperti meringis atau menangis yang berlebihan; mencari pereda nyeri dengan segera dan memberikan deskripsi lengkap tentang nyeri. Harapan budaya pasien mungkin saja menerima orang untuk meringis atau menangis ketika merasa nyeri, untuk menolak tindakan pereda nyeri yang tidak menembuhkan penyebab nyeri, dan untuk menggunakan kata sifat seperti “tidak tertahankan” dalam mengembangkan nyeri. Pasien dari latar belakang budaya lainnya bisa bertingkah berbeda, seperti diam seribu bahasa ketimbang mengekspresikan nyeri dengan suara keras. Perawat harus beraksi terhadap persepsi nyeri pasien dan bukan pada perilaku nyeri karena perilaku berbeda dari satu pasien dengan pasien lainnya

Mengenali nilai-nilai kebudayaan yang dimiliki seseorang dan memahami mengapa nilai-nilai kebudayaan lainnya membantu untuk menghindari mengevaluasi perilaku pasien berdasarkan pada harapan dan nilai budaya seseorang. Namun demikian, sama pentingnya untuk menghindari penyamarataan pasien secara budaya. Perawat yang mengetahui perbedaan

budaya akan mempunyai pemahaman yang lebih besar tentang nyeri pasien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri dan respons-respons perilaku terhadap nyeri juga efektif dalam menghilangkan nyeri pasien (Smeltzer et al., 2002).

4) Makna Nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri memengaruhi 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. Misalnya, seorang wanita yang sedang bersalin akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera karena pukulan pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri akan dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Perry, 2006).

5) Perhatian

Tingkat seseorang klien memfokuskan perhatian pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun (Potter & Perry, 2006).

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dengan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbic yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbic dapat memprotes reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

7) Kelelahan

Kelelahan atau kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan akan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat lagi. Nyeri sering kali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap (Potter & Perry, 2006).

8) Pengalaman sebelumnya

Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu

tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2006)

9) Gaya koping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan atau total. Klien sering kali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber-sumber koping klien selama 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 (Potter & Perry, 2006).

10) Dukungan Keluarga dan Sosial

Faktor lain yang bermakna memengaruhi respons nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman terdekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, sering kali

pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orangtua sangat penting bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri (Potter & Perry, 2006).

d. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi dua menurut (Potter and Perry, 2006) yaitu:

1) Penatalaksanaan Nyeri Secara Farmakologis

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis efektif untuk nyeri sedang dan berat. Penanganan yang sering digunakan untuk penurunan nyeri biasanya menggunakan obat analgetik yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesic non-narkotik dan analgesic narkotik. Penatalaksanaan nyeri dengan farmakologis yaitu dengan menggunakan obat-obat analgesic narkotik baik secara intravena maupun intramuscular. Pemberian secara intravena maupun intramuscular misalnya dengan meteridin 75 sampai 100 mg atau dengan morfin sulfat 10-15 mg namun penggunaan analgesic yang secara terus-menerus dapat mengakibatkan ketagihan obat. Namun demikian pemberian farmakologis tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien sendiri untuk mengontrol nyerinya (Cunningham et al., 2005).

D. Penerapan Terapi Musik Religi

1. Pengertian

Musik berasal dari suara, suara itu sendiri adalah suatu partikel dari semua elemen yang membentuk dunia ini. Musik adalah suara yang indah, yang mampu mengajak pendengarnya untuk larut dalam makna lagu, terutama musik religi, yang berisi makna lagu tentang kebesaran Allah, tentang hamba yang merasa dirinya penuh dengan dosa-dosa yang memohon ampun kepada sang pencipta, menjadikan kita sebagai pendengar, merenung juga mengingat dosa-dosa yang telah dilakukan, sehingga kita fokus dengan makna lagu dan melupakan tentang rasa sakit yang dirasakan oleh tubuh kita, tetapi fokus kepada apa yang dirasakan oleh hati kita sebagai pendengar musik terutama musik religi (Zainuddin, 2014).

Terapi musik religi adalah suatu metode pemberian terapi yang menggunakan rekaman musik religi yang tenang disertai dengan renungan makna lagu. Dalam musik religius islami mampu membawa perasaan dan hati kita, menambah keyakinan akan maha pencipta allah swt. Syair-syair yang tersaji pada musik bernuansa religius jelas tidaklah sembarangan, tidak sekedar memenuhi unsur keindahannya saja, akan tetapi memiliki nilai lebih yang akan bermanfaat bagi kemaslahatan umat manusia. Syairsyair yang tersaji bagaimanapun juga mampu menggugah kesadaran atau kebiasaan buruk seseorang lewat syair-syairnya yang menyentuh. Oleh karena itu hakikat musik religius islami

dalam dunia kreativitas seni bertujuan membuat sesuatu yang lebih baik untuk masa-masa mendatang. Dalam bentuk material maupun ruhaniah. Menuju keteguhan pendirian, menjauhi segala bentuk kemungkaran, dan berharap supaya dihindarkan dari azab neraka (Zainuddin, 2014).

Terapi musik religi berpengaruh dalam menurunkan derajat nyeri karena efek lagu yang tenang, yang penuh dengan makna islami akan terasa walau lagu itu sudah selesai dimainkan. Hal demikian terjadi karena manusia memiliki empat jenis gelombang otak, yaitu: beta, alfa, theta, dan delta. Setiap gelombang memiliki frekuensi masing-masing dan berfungsi menghasilkan kondisi mental dan emosional yang berlainan. Dengan EEG (elektro ensefalograph), alat untuk mengukur gelombang listrik yang dihasilkan otak, dibuktikan bahwa musik klasik memiliki pengaruh yang positif terhadap kemampuan otak (Zainuddin, 2014).

Musik sebagai upaya penyembuhan sebenarnya bertujuan mengaktifkan penyembuhan secara batiniah didalam tubuh kita. Irama tubuh kita dengan gerakan dan kombinasi yang tepat dari suara yang beresonansi, yang mengisi ruang disekitar kita. Suara memiliki kekuatan tak terkalahkan. Tidak ada pengecualian terhadap hukumhukumnya dalam harmoni alam. Musik religi ini juga mendatangkan efek relaksasi pada tubuh sehingga dapat menurunkan tekanan darah, denyut nadi dan pikiran manusia (Zainuddin, 2014).

2. Tujuan

Terapi musik religi bertujuan untuk mengurangi hormon stres, mengaktifkan endorfin alami, mengalihkan perhatian dari kecemasan dan ketegangan, meningkatkan relaksasi, mengontrol tekanan darah dan pernapasan, detak jantung, denyut nadi, dan kimia tubuh untuk menstabilkan gelombang otak. Ketenangan, pengendalian emosi, pemikiran yang lebih mendalam, dan aktivitas yang dapat menghasilkan metabolisme yang lebih baik (Susanti & Widyastuti, 2019).

3. Manfaat

Terapi musik religi adalah suatu metode pemberian terapi yang menggunakan rekaman musik religi yang tenang disertai dengan renungan makna lagu. Dalam musik religius islami mampu membawa perasaan dan hati kita, menambah keyakinan akan maha pencipta Allah SWT. Syair-syair 45 yang tersaji pada musik bernuansa religius jelas tidaklah sembarangan, tidak sekedar memenuhi unsur keindahannya saja, akan tetapi memiliki nilai lebih yang akan bermanfaat bagi kemaslahatan umat manusia. Syair-syair yang tersaji bagaimanapun juga mampu menggugah kesadaran atau kebiasaan buruk seseorang lewat syair-syairnya yang menyentuh. Oleh karena itu hakikat musik religius islami dalam dunia kreativitas seni bertujuan membuat sesuatu yang lebih baik untuk masa-masa mendatang. Dalam bentuk material maupun ruhaniah. Menuju keteguhan pendirian, menjauhi segala bentuk kemungkaran, dan berharap supaya dihindarkan dari azab neraka (Setiyo, 2007).

Tabel 2.3 (SOP) Pemberian Terapi Musik Religi

STANDAR OPREASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI MUSIK	
Pengertian	Pemanfaatan kemampuan music dan elemen musik oleh terapi kepada klien.
Tujuan	Memperbaiki kondisi fisik, emosional, mengurangi rasa nyeri
Fase orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Beri salam dan panggil klien dengan namanya 2) jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya Tindakan pada klien/keluarga
Fase kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan 2) Jaga privasi klien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik 3) Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan yaitu relaksasi dan mengurangi rasa sakit. 4) Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik. 5) Identifikasi pilihan musik klien. 6) Berdiskusi dengan klien dengan tujuan berbagi pengalaman dalam musik. 7) Pilih pilihan musik yang mewakili pilihan musik klien 8) Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman 9) Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjug, panggilan telepon selama mendengarkan musik. 10) Pastikan tape musik/CD/ handphone dan perlengkapan dalam kondisi baik. 11) Dukung dengan headphone dan earphone/head set jika diperlukan.

	<p>12) Memberi KIE terapi Musik akan diberikan selama menit setelah itu musik akan dihentikan</p> <p>13) Atur volume musik agar nyaman untuk pasien</p> <p>14) Berikan Terapi musik selama 15 menit</p>
Fase Terminasi	<p>1) Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien)</p> <p>2) Evaluasi vital sign dan skala nyeri pasien</p> <p>3) Merapikan alat dan pasien</p> <p>4) Mencuci tangan</p>
Dokumentasi	Catat hasil kegiatan didalam catatan keperawatan