

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN  
DISPEPSIA TERHADAP PEMBERIAN TERAPI GUIDED  
IMAGERY DENGAN MENGGUNAKAN IRAMA MUSIK  
UNTUK MENURUNKAN TINGKAT SKALA NYERI  
PASIEN DI RUANG INSTALASI GAWAT  
DARURAT RSUD ABDUL WAHAB  
SJAHRANIE SAMARINDA  
TAHUN 2015**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DI AJUKAN OLEH :  
SITI JUMALIAH, S.Kep  
1411308250095**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA  
2015**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Dispepsia Terhadap Pemberian Terapi  
Guided Imagery dengan Menggunakan Irama Musik untuk Menurunkan  
Tingkat Skala Nyeri Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD  
Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

Siti Jumaliah<sup>1</sup>, Maridi M. Dirdjo<sup>2</sup>

**INTISARI**

Dispepsia adalah perasaan tidak nyaman atau nyeri pada abdomen bagian atas atau dada bagian bawah. Salah cerna (*indigestion*) mungkin digunakan oleh pasien untuk menggambarkan dispepsia, gejala regurgitasi atau flatus. Dispepsia merupakan kumpulan gejala berupa keluhan nyeri, perasaan tidak enak perut bagian atas yang menetap atau episodik disertai dengan keluhan seperti rasa penuh saat makan, cepat kenyang, kembung, sendawa, anoreksia, mual, muntah, *heartburn*, regurgitasi. Pasien yang mengalami penyakit dispepsia sering disertai dengan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman dibagian perut. Nyeri merupakan masalah utama dalam gangguan pencernaan yang salah satunya adalah dispepsia yang berupa pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Berdasarkan hasil survey pendahuluan yang dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada 3 minggu terakhir yaitu tanggal 10 Agustus 2015 sampai dengan 27 Agustus 2015 di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) didapatkan data pasien yang menderita dispepsia sebanyak 159 orang dan 85% pasien mengatakan nyeri. Karya ilmiah akhir Ners bertujuan untuk menganalisis intervensi pada pasien dispepsia dengan diagnosa nyeri akut dengan pemberian terapi *guided imagery* menggunakan irama musik untuk menurunkan tingkat skala nyeri pada pasien. Dari hasil analisa kasus pada pasien dispepsia setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan memberikan terapi *guided imagery* menggunakan irama musik sangat efektif untuk mengatasi atau mengurangi nyeri pada pasien dengan dispepsia. Sosialisasi tentang manajemen nyeri nonfarmakologi diperlukan bagi perawat sehingga dapat diterapkan oleh perawat secara langsung yang diberikan kepada pasien untuk meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang lebih efektif dan efisien.

Kata Kunci: Dispepsia, Terapi *Guided Imagery* dengan Irama Musik, Nyeri Akut.

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi NERS STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

***Analysis of Nursing Clinical Practice in Patients Dyspepsia Granting of Therapy with Guided Imagery Using the Rhyth Music to Reduce Scale of Pain Patientsi in the Room Installation of Emergency Hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2015***

Siti Jumaliah<sup>1</sup>, Maridi M. Dirdjo<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

Dyspepsia is discomfort or pain in the upper abdomen or lower chest. Dyspepsia (indigestion) may be used by patients to describe dyspepsia, regurgitation symptoms or flatus. Dyspepsia is a collection of symptoms such as pain, feeling unwell upper abdomen that persist or episodic accompanied by complaints such as feeling full while eating, early satiety, bloating, belching, anorexia, nausea, vomiting, heartburn, regurgitation. Patients who experience dyspepsia disease is often accompanied by pain or discomfort in the abdomen. Pain is a major problem in digestive disorders, one of which is in the form of dyspepsia sensory and emotional experience unpleasant result of tissue damage that is actual or potential. Based on the results of a preliminary survey conducted in hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda in the last 3 weeks of the date August 10, 2015 until August 27, 2015 in Room Emergency Room (ER) obtained the data of patients suffering from dyspepsia as many as 159 people and 85% of patients say the pain. End scientific work aimed at analyzing nurses interventions in patients with a diagnosis of acute pain dyspepsia with guided imagery therapy using musical rhythms to lower levels in the patient's pain scale. From the analysis of the case in patients with dyspepsia after the act of nursing by providing guided imagery therapy using the rhythm of the music is very effective to overcome or reduce pain in patients with dyspepsia. Socialization of nonpharmacological pain management is necessary for nurses so that they can be applied by nurses directly given to the patient to improve the delivery of nursing care more effective and efficient.

**Keyword:** Dyspepsia, Therapy Guided Imagery with Rhythm Music, Acute Pain.

---

<sup>1</sup>Bachelor in nursing student STIKES Muhammadiyah Samarida

<sup>2</sup>Lecturer nursing science program of STIKES Muhammadiyah Samarida

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Setiap perubahan dalam kehidupan manusia dapat menimbulkan stres. Stres yang dialami seseorang dapat menimbulkan kecemasan yang erat kaitannya dengan pola hidup. Akibat dari kelelahan, gangguan pikiran dan terlalu banyak pekerjaan serta problem keuangan pun dapat menyebabkan kecemasan pada diri seseorang (Abdullah, 2012). Gangguan kecemasan ini dapat mengakibatkan berbagai respon fisiologis, diantaranya gangguan pencernaan yang salah satunya adalah Dispepsia.

Dispepsia merupakan keluhan klinis yang sering dijumpai dalam praktik klinis sehari-hari. Menurut studi berbasis populasi pada tahun 2007, ditemukan peningkatan prevalensi dyspepsia dari 1,9% pada tahun 1988 menjadi 3,3% pada tahun 2003, istilah dispepsia juga mulai gencar pada tahun 1980-an, yang menggambarkan keluhan atau kumpulan gejala (*syndrome*) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di epigastrium, mual, muntah, kembung, cepat kenyang, rasa penuh, sendawa, regurgitasi dan rasa panas yang menjalar ke dada. Sindrom atau keluhan ini dapat disebabkan atau didasari oleh berbagai penyakit, tentunya termasuk juga didalamnya penyakit yang mengenai lambung atau yang dikenal dengan penyakit maag (*gastritis*) (Abdullah, 2012).

Dispepsia adalah perasaan tidak nyaman atau nyeri pada abdomen bagian atas atau dada bagian bawah. Salah cerna (*indigestion*) mungkin digunakan

oleh pasien untuk menggambarkan dispepsia, gejala regurgitasi atau flatus (Pierce, 2007). Menurut Muttaqin (2012), dispepsia merupakan kumpulan gejala berupa keluhan nyeri, perasaan tidak enak perut bagian atas yang menetap atau episodik disertai dengan keluhan seperti rasa penuh saat makan, cepat kenyang, kembung, sendawa, anoreksia, mual, muntah, *heartburn*, regurgitasi.

Pasien yang mengalami penyakit dispepsia sering disertai dengan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman dibagian perut. Nyeri merupakan masalah utama dalam gangguan pencernaan yang salah satunya adalah dispepsia yang berupa pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri sendiri didefinisikan sebagai suatu dasar sensasi ketidaknyamanan yang berhubungan dengan tubuh yang dimanifestasikan sebagai penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman, atau fantasi luka (Barbara, 1991). Sedangkan definisi lain menyebutkan bahwa nyeri adalah mekanisme pertahanan tubuh dimana rasa nyeri timbul bila ada kerusakan jaringan, dan hal ini menyebabkan individu bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri. Kebanyakan sensasi nyeri sebagai akibat dari stimuli fisik dan mental atau emosional. Nyeri yang dialami dipengaruhi oleh sejumlah faktor termasuk pengalaman masa lalu dengan nyeri. Namun secara umum faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri adalah: usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya coping, dan dukungan keluarga dan sosial (Hall, 1997).

Strategi penatalaksanaan nyeri mencakup pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi. Salah satu strategi pendekatan non farmakologi adalah dengan teknik manajemen nyeri (imajinasi terbimbing). Imajinasi terbimbing adalah penciptaan khayalan dengan tuntunan yang merupakan suatu bentuk pengalihan fasilitator yang mendorong pasien untuk memvisualisasikan atau memikirkan pemandangan atau sensasi yang menyenangkan untuk mengalihkan perhatian menjauhi nyeri (Price & Wilson, 2005). Dalam imajinasi terbimbing, klien menciptakan kesan dalam pikiran, berkonsentrasi pada kesan tersebut, sehingga secara bertahap klien kurang merasakan nyeri (Perry & Potter, 2005). Tujuan dari teknik imajinasi terbimbing adalah untuk mencapai relaksasi dan kontrol. Imajinasi seseorang yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu untuk relaksasi dan meredakan nyeri yang dapat dilakukan dengan menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan. Dengan mata terpejam individu diinstruksikan untuk membayangkan bahwa dengan setiap napas yang diekshalasi secara lambat, ketegangan otot dan ketidaknyamanan dikeluarkan. Banyak pasien mulai mengalami efek rileks dari imajinasi terbimbing setelah mereka mencobanya. Nyeri mereda dapat berlanjut selama berjam-jam setelah imajinasi digunakan (Smelzer & Bare, 2001).

Di Indonesia, dispepsia merupakan salah satu penyakit didalam sepuluh penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit di Indonesia. Presentase dari angka kejadian dispepsia di Indonesia menurut WHO (2011) adalah sekitar 40,8%. Angka prevalensi kejadian dispepsia diberbagai daerah

di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk.

Berdasarkan hasil survey pendahuluan yang dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada 3 minggu terakhir yaitu tanggal 10 Agustus 2015 sampai dengan 27 Agustus 2015 di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) didapatkan data pasien yang menderita dispepsia sebanyak 159 orang (Buku Laporan Pasien Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015).

Berdasarkan hal diatas maka penulis tertarik untuk memaparkan karya ilmiah akhir Ners dengan Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Dispepsia Terhadap Pemberian Terapi *Guided Imagery* dengan Menggunakan Irama Musik Untuk Menurunkan Tingkat Skala Nyeri Pasien Di Ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan dari uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Gambaran Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Dispepsia Terhadap Pemberian Terapi *Guided Imagery* dengan Menggunakan Irama Musik Untuk Menurunkan Tingkat Skala Nyeri Pasien Di Ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan pemberian terapi *guided imagery* menggunakan irama musik terhadap penurunan tingkat skala nyeri pada pasien dispepsia Di Ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien Dispepsia Di Ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.
- b. Penulis mampu menganalisa masalah keperawatan dan merumuskan diagnosa keperawatan dengan konsep teori terkait Dispepsia Di Ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.
- c. Penulis mampu menganalisa Intervensi keperawatan dengan memberikan terapi *guided imagery* menggunakan irama musik terhadap penurunan tingkat skala nyeri pada pasien kelolaan dengan diagnosa Penyakit Dispepsia Di Ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi yang dapat dilakukan terkait dengan Penyakit Dispepsia Di Ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.
- e. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan terkait dengan Penyakit Dispepsia Di Ruang Instalansi



Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan memberi manfaat bagi:

1. Bagi Institusi Pendidikan STIKES Muhammadiyah Samarinda

Sebagai sumber informasi dan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar tentang masalah keperawatan mengenai nyeri akut pada pasien dispepsia.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai sumber informasi dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan dispepsia.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai sumber informasi di bidang keperawatan gawat darurat tentang asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien dengan dispepsia.

4. Bagi Pasien

Diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada pembaca tentang manajemen nyeri pada pasien dengan dispepsia khususnya pemberian terapi *guided imagery* menggunakan musik.

5. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisa pengaruh pemberian terapi *guided imagery* menggunakan irama musik terhadap penurunan tingkat skala nyeri pada pasien dispepsia Di Ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Penyakit Dispepsia

##### 1. Definisi

Dispepsia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *dys* (buruk) dan *peptein* (pencernaan). Istilah dispepsia mulai gencar dikemukakan sejak akhir tahun 1980-an, yang menggambarkan keluhan atau kumpulan gejala (sindrom) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di epigastrium, mual, muntah, kembung, cepat kenyang, rasa penuh, sendawa, regurgitasi, dan rasa panas yang menjalar di dada. Sindrom atau keluhan ini dapat disebabkan atau didasari oleh berbagai penyakit, termasuk juga didalamnya penyakit yang mengenai lambung atau yang dikenal sebagai penyakit maag (Perry & Potter, 2005)

Menurut Muttaqin (2012), dispepsia merupakan kumpulan gejala berupa keluhan nyeri, perasaan tidak enak perut bagian atas yang menetap atau episodik disertai dengan keluhan seperti rasa penuh saat makan, cepat kenyang, kembung, sendawa, anoreksia, mual, muntah, *heartburn*, regurgitasi.

##### 2. Klasifikasi

Menurut Mansjoer (2000), pengelompokan mayor dispepsia terbagi atas dua yaitu:

- a. Dispepsia organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindrom dispepsia organik terdapat kelainan

yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (ulkus peptikum), gastritis, *stomach cancer*, *Gastro-Esophageal reflux disease*, *hyperacidity*.

- b. Dispepsia non organik, atau dispepsia fungsional, atau dispepsia non ulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya. Dispepsi fungsional tanpa disertai kelainan atau gangguan struktur organ berdasarkan pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, dan endoskopi (teropong saluran pencernaan).

Menurut Hadi (2002), adapun jenis-jenis dispepsia organik yaitu:

- a. Tukak Pada Saluran Cerna Atas

Tukak dapat ditemukan pada saluran cerna bagian atas yaitu pada mukosa, submukosa dan lapisan muskularis, pada distal esophagus, lambung dan duodenum. Keluhan yang sering terjadi adalah nyeri epigastrium. Nyeri yang dirasakan yaitu nyeri tajam dan menyayat atau tertekan, penuh atau terasa perih seperti orang lapar. Nyeri epigastrium terjadi 30 menit sesudah makan dan dapat menjalar ke punggung. Nyeri dapat berkurang atau hilang sementara sesudah makan atau setelah minum antasida. Gejala lain seperti mual, muntah, kembung, bersendawa dan kurang nafsu makan.

- b. Gastritis

Gastritis adalah peradangan/inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung. Penyebabnya oleh makanan atau obat-obatan yang mengiritasi mukosa lambung dan adanya pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Gejala yang timbul seperti mual, muntah,

nyeri epigastrium, nafsu makan menurun dan kadang terjadi perdarahan.

c. *Gastro-Esophageal Reflux Disease (GERD)*

*Gastro-Esophageal Reflux Disease (GERD)* adalah kelainan yang menyebabkan cairan lambung mengalami refluks (mengalir balik) ke kerongkongan dan menimbulkan gejala khas berupa rasa panas terbakar di dada (*heartburn*), kadang disertai rasa nyeri serta gejala lain seperti rasa panas dan pahit di lidah, serta kesulitan menelan. Belum ada tes standar untuk mendiagnosa GERD, kejadiannya diperkirakan dari gejala-gejala penyakit lain atau dari ditemukannya radang pada esofagus seperti esofagitis.

d. Karsinoma

Karsinoma pada saluran pencernaan (esofagus, lambung, pankreas) sering menimbulkan dispepsia. Keluhan utama yaitu rasa nyeri di perut, bertambah dengan nafsu makan turun, timbul anoreksia yang menyebabkan berat badan turun.

e. Pankreatitis

Gambaran yang khas dari pankreatitis akut ialah rasa nyeri hebat di epigastrium. Nyeri timbul mendadak dan terus menerus, seperti ditusuk-tusuk dan terbakar. Rasa nyeri dimulai dari epigastrium kemudian menjalar ke punggung. Perasaan nyeri menjalar ke seluruh perut dan terasa tegang beberapa jam kemudian. Perut yang tegang menyebabkan mual dan kadang-kadang muntah. Rasa nyeri di perut bagian atas juga terjadi pada penderita pankreatitis kronik. Nyeri

yang timbul seperti ditusuk-tusuk, menjalar ke punggung, mual dan muntah hilang dan timbul. Pada pankreatitis kronik tidak ada keluhan rasa pedih, melainkan disertai tanda-tanda diabetes melitus atau keluhan *steatorrhoe*.

f. Dispepsia pada Sindrom Malabsorpsi

Malabsorpsi adalah suatu keadaan terdapatnya gangguan proses absorpsi dan digesti secara normal pada satu atau lebih zat gizi. Penderita ini mengalami keluhan rasa nyeri perut, mual, anoreksia, sering flatulensi, kembung dan timbulnya diare berlendir.

g. Gangguan Metabolisme

Diabetes Mellitus (DM) dapat menyebabkan gastroparesis yang hebat sehingga muncul keluhan rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, mual dan muntah. Definisi gastroparesis yaitu ketidakmampuan lambung untuk mengosongkan ruangan. Ini terjadi bila makanan berbentuk padat tertahan di lambung. Gangguan metabolik lain seperti hipertiroid yang menimbulkan nyeri perut dan vomitus.

h. Dispepsia Akibat Infeksi Bakteri *Helicobacter Pylori*

Penemuan bakteri ini dilakukan oleh dua dokter peraih Nobel dari Australia, Barry Marshall dan Robin Warre yang menemukan adanya bakteri yang bisa hidup dalam lambung manusia. Penemuan ini mengubah cara pandang ahli dalam mengobati penyakit lambung. Penemuan ini membuktikan bahwa infeksi yang disebabkan oleh *Helicobacter pylori* pada lambung dapat menyebabkan peradangan

mukosa lambung yang disebut gastritis. Proses ini berlanjut sampai terjadi ulkus atau tukak bahkan dapat menjadi kanker.

Dispepsia fungsional adalah dispepsia yang terjadi pada kondisi perut bagian atas seperti rasa tidak nyaman, mual, muntah, rasa penuh setelah makan yang menunjukkan perubahan sensitivitas syaraf di sekeliling abdomen dan kontraksi otot yang tidak terkoordinasi di dalam perut. Penyebab ini secara umum tidak sama walaupun beberapa kasus berhubungan dengan stress, kecemasan, infeksi, obat-obatan dan ada beberapa berhubungan dengan IBS (*Irritable Bowel Syndrome*). Kriteria Rome III menetapkan dispepsia fungsional dibagi menjadi 2 kelompok yaitu:

a. *Postprandial Distress Syndrome*

Gejala yang dirasakan pada tahap ini yaitu:

- 1) Rasa penuh setelah makan yang mengganggu, terjadi setelah makan dengan porsi biasa, sedikitnya terjadi beberapa kali seminggu.
- 2) Perasaan cepat kenyang yang membuat tidak mampu menghabiskan porsi makan biasa, sedikitnya terjadi beberapa kali seminggu.

Kriteria penunjang sindrom dispepsia jenis ini adalah adanya rasa kembung di daerah perut bagian atas atau mual setelah makan atau bersendawa yang berlebihan dan dapat timbul bersamaan dengan sindrom nyeri epigastrium.

b. *Epigastric Pain Syndrome*

Gejala yang dirasakan pada tahap ini yaitu:

- 1) Nyeri atau rasa terbakar yang terlokalisasi di daerah epigastrium dengan tingkat keparahan moderat atau sedang, paling sedikit terjadi sekali dalam seminggu.
- 2) Nyeri timbul berulang.
- 3) Tidak menjalar atau terlokalisasi di daerah perut atau dada selain daerah perut bagian atas atau epigastrium.
- 4) Tidak berkurang dengan BAB atau *Platus*.
- 5) Gejala-gejala yang ada tidak memenuhi kriteria diagnosis kelainan kandung empedu dan *Sfingter Oddi*.

Kriteria penunjang sindrom dispepsia jenis ini adalah:

- 1) Nyeri epigastrium dapat berupa rasa terbakar, tetapi tanpa menjalar ke daerah retrosternal.
- 2) Nyeri umumnya ditimbulkan atau berkurang dengan makan, tetapi mungkin timbul saat puasa.
- 3) Dapat timbul bersamaan dengan sindrom *distress* setelah makan.

### 3. Etiologi

Sebagai suatu gejala atau sindrom, dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit (Corwin, 2009). Beberapa penyakit yang dapat menyebabkan dispepsia antara lain:

**Tabel 2.1 Beberapa Etiologi Dispepsia**

Dalam lumen saluran cerna	Pankreas
- Tukak peptic	- Pankreatitis
- Gastritis	- Keganasan
- Keganasan	
Gastroparesis	



Obat-obatan	Keadaan Sistemik
– Anti inflamasi non steroid	– Diabetes Mellitus
– Teofilin	– Penyakit tiroid
– Digitalis	– Gagal ginjal
– Antibiotik	– Kehamilan
	– Penyakit jantung sistemik
Hepato-Bilier	Gangguan fungsional
– Hepatitis	– Dispepsia fungsional
– Kolelitiasis	– Sindrom kolon iritatif
– Kolesistitis	
– Keganasan	
– Disfungsi sphincter oddi	

Sumber: Corwin (2009)

#### 4. Patofisiologi

Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas, zat-zat seperti nikotin dan alkohol serta adanya kondisi kejiwaan stress, pemasukan makanan menjadi kurang sehingga lambung akan kosong, kekosongan lambung dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung. Kondisi demikian dapat mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang akan merangsang terjadinya kondisi asam lambung, sehingga rangsangan di medula oblongata membawa impuls muntah yang mengakibatkan intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan (Smeltzer & Bare, 2001).

Menurut Price & Wilson (2005), lambung mempunyai fungsi yaitu fungsi motorik dan fungsi pencernaan dan sekresi. Fungsi motorik lambung dibagi menjadi:

##### a. Fungsi Menampung

Menyimpan makanan sampai makanan tersebut sedikit demi sedikit dicerna dan bergerak pada saluran cerna. Menyesuaikan peningkatan

volume tanpa menambah tekanan dengan relaksasi reseptif otot polos diperantarai oleh nervus vagus dan dirangsang oleh gastrin.

b. Fungsi Mencampur

Memecahkan makanan menjadi partikel-partikel kecil dan mencampurnya dengan getah lambung melalui kontraksi otot yang mengelilingi lambung. Kontraksi peristaltik diatur oleh suatu irama listrik intrinsik dasar.

c. Fungsi Pengosongan Lambung

Diatur oleh pembukaan sfinger pilorus yang dipengaruhi oleh viskositas, volume, keasaman, aktivitas osmotik, keadaan fisik, serta oleh emosi, obat-obatan dan olah raga. Pengosongan lambung diatur oleh faktor saraf dan hormonal seperti kolesistokinin.

Fungsi pencernaan dan sekresi antara lain:

- a. Pencernaan protein oleh pepsin dan HCL, pencernaan karbohidrat dan lemak oleh amilase dan lipase dalam lambung kecil peranannya.
- b. Sintesa dan pelepasan gastrin dipengaruhi oleh protein yang dimakan, peregangan antrum, alkalinisasi antrum dan rangsangan vagus.
- c. Sekresi faktor intrinsik memungkinkan absorpsi vitamin B12 dari usus halus bagian distal.
- d. Sekresi mukus membentuk selubung yang melindungi lambung serta berfungsi sebagai pelumas sehingga makanan lebih mudah diangkut.
- e. Sekresi bikarbonat, bersama dengan sekresi gel mukus, berperan sebagai barier dari asam lumen dan pepsin.

Sedangkan asam klorida (HCL) di dalam lambung mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Menggiatkan enzim-enzim pepsinogen yang dihasilkan getah lambung menjadi pepsin yang berfungsi memecah protein menjadi pepton.
- b. Sebagai desinfektan atau pembunuh kuman (bibit penyakit) yang masuk lambung.
- c. Membantu dalam membuka dan menutup klep yang terdapat diantara pilorus dan duodenum.
- d. Merangsang pengeluaran (sekresi) getah usus.

Getah lambung yang dimaksud diatas (*gastric juice*) sekresinya dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor psikis dan hormonal.

#### 1) Faktor Psikis

Faktor ini sama dengan yang mempengaruhi kerja glandula saliva (kelenjar ludah) yaitu reflek pikir, melihat atau mencium makanan yang dapat merangsang keluarnya getah lambung.

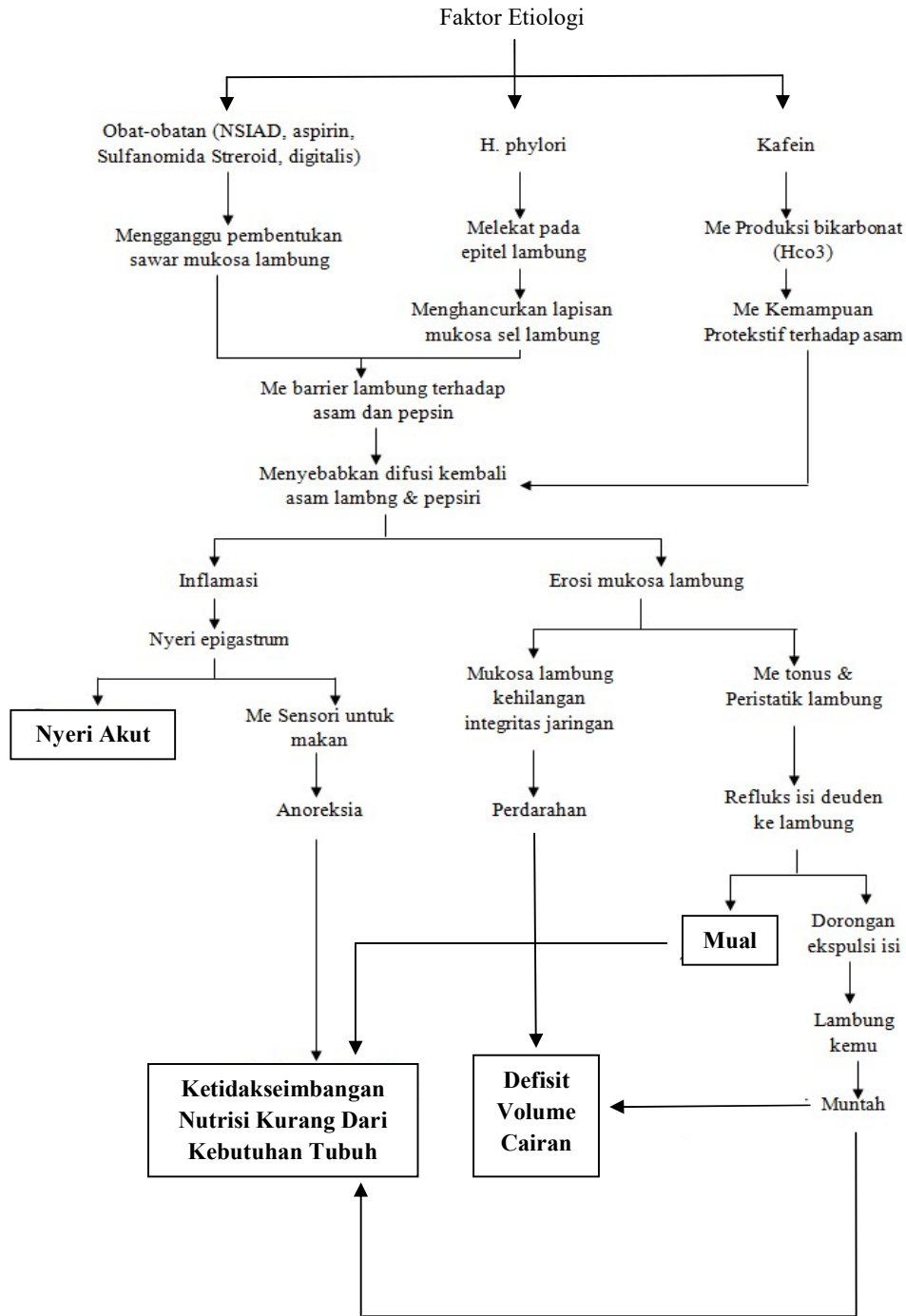
#### 2) Faktor Hormonal

Ada dua tahapan yaitu:

- a) Tahapan gastrium, berdasarkan pada timbulnya rangsangan setelah makanan masuk ke lambung, hormon gastrin terproduksi yang berfungsi merangsang keluarnya getah lambung.

b) Tahapan intestinal berdasarkan timbulnya rangsangan *chyme* memasuki mukosa duodenal akan mengeluarkan sekresi hormon ini berfungsi merangsang keluarnya getah pankreatik dan empedu. Bila terdapat lemak dalam makanan yang masuk ke usus maka akan keluar hormon enterogaster yang berfungsi menghambat keluarnya cairan lambung (HCL). Selain untuk dapat menghambat berlangsungnya motilitas *Gastro Intestinal Tract* dengan demikian makanan yang telah tercerna akan tertahan lebih lama dalam lambung dan usus.

Pathway:



Gambar 2.1 Pathway Dispepsia  
Sumber: Price & Wilson (2005)

## 5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Dispepsia

Adapun faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya dispepsia menurut Smeltzer & Bare (2001) adalah:

- a. Tingkat stres yang tinggi.
- b. Keteraturan pola makan.
- c. Gangguan pergerakan (motilitas) piloroduodenal dari saluran pencernaan bagian atas (esofagus, lambung dan usus halus bagian atas).
- d. Menelan terlalu banyak udara atau mempunyai kebiasaan makan salah (mengunyah dengan mulut terbuka atau berbicara).
- e. Menelan makanan tanpa dikunyah terlebih dahulu dapat membuat lambung terasa penuh atau bersendawa terus.
- f. Minuman atau makanan yang iritatif seperti makanan pedas, makanan atau minuman asam, kebiasaan minum teh, kopi, minuman berkarbonasi, produk olahan susu yang tinggi lemak, daging yang berlemak, dan lain-lain.
- g. Obat penghilang nyeri seperti *Nonsteroid Anti Inflammatory Drugs* (NSAID) misalnya aspirin, Ibuprofen dan Naproven
- h. Riwayat penyakit gastritis dan ulkus peptikum sebelumnya.

## 6. Manifestasi Klinis

Menurut Mansjoer (1999), manifestasi klinik dispepsia adalah sebagai berikut:

- a. Perubahan nafsu makan atau anoreksia dan perubahan berat badan.
- b. Nyeri lambung yang sangat hebat atau nyeri epigastrium.

- c. Muntah yang berdarah dan feses yang berdarah atau hitam.
- d. Takikardi mengindikasikan dehidrasi dikarenakan muntah dan perdarahan saluran cerna.
- e. Sendawa, nyeri dada.

#### 7. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan darah, tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibody *Helicobacter Pylori* dalam darah. Tes darah dapat juga dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat pendarahan lambung karena gastritis.
- b. Pemeriksaan feses, tes ini memeriksa apakah terdapat *Helicobacter Pylori* dalam feses atau tidak.
- c. Endoskopi saluran cerna bagian atas, dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar X.
- d. Rontgen saluran cerna bagian atas, tes ini akan melihat adanya tanda-tanda penyakit pencernaan lainnya.

#### 8. Penatalaksanaan

Sindrom dispepsia merupakan kumpulan gejala dan tanda klinik. Berbagai macam penyebab yang dapat menimbulkan gejala tersebut akan menimbulkan manifestasi klinis yang sama. Sehingga dalam penatalaksanaan dispepsia, faktor penyebab harus ditentukan dengan jelas. Sebagaimana kita ketahui bahwa pembagian dispepsia berdasarkan etiologi terdiri atas dispepsia organik dan fungsional. Dispepsia organik

dari pengalaman di klinik kebanyakan berhubungan dengan penyakit gastritis kronis, ulkus peptikum dan karsinoma saluran cerna bagian atas.

Dispepsia fungsional diberikan terapi sesuai subtype yang didapat secara klinik, sehingga pengobatan medika mentosa yang diberikan dapat berupa satu macam obat saja atau kombinasi. Dalam hal ini pengobatannya memerlukan batasan waktu lama untuk pengobatan yang dalam istilah klinik disebut sebagai terapi empiris. Sesuai dengan beberapa consensus terapi empiric dilakukan selama 4 minggu. Bila tidak berhasil dilanjutkan dengan pemeriksaan klinik yang mendalam untuk menentukan faktor etiologi. Bila didapatkan tanda bahaya atau alarm sign maka penatalaksanaan kasus dispepsia akan lebih intensif.

Dalam penatalaksanaan kasus dispepsia, faktor nutrisi juga merupakan bagian yang penting. Pada beberapa keadaan pengendalian faktor nutrisi ini dilakukan secara berlebihan sehingga tujuan akhir dari pengobatan kurang mencapai sasaran.

Berikut ini adalah manajemen diit pada pasien dengan dispepsia menurut Almatsier (2004), yang bertujuan untuk memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan. Syarat diet penyakit dispepsia (diet lambung) adalah:

- a. Mudah cerna, porsi kecil dan sering diberikan.
- b. Energi dan protein cukup, sesuai kemampuan pasien untuk menerimanya.



- c. Lemak rendah, yaitu 10-15 % dari kebutuhan energi total yang ditingkatkan secara bertahap hingga sesuai kebutuhan.
- d. Rendah serat, terutama serat tidak larut air yang ditingkatkan secara bertahap
- e. Cairan cukup, terutama bila ada muntah.
- f. Tidak mengandung bahan makanan atau bumbu yang tajam, baik secara termis, mekanis, maupun kimia (disesuaikan dengan daya terima perorangan).
- g. Laktosa rendah bila ada gejala intoleransi laktosa, umumnya tidak dianjurkan minum susu terlalu banyak.
- h. Makan secara perlahan di lingkungan yang tenang.
- i. Pada fase akut dapat diberikan makanan parenteral saja 24-48 jam untuk memberi istirahat pada lambung.

9. Komplikasi

- a. Perdarahan pada saluran cerna bagian atas.
- b. Hematemesis dan melena (anemia).
- c. Ulkus peptikum.
- d. Perforasi

(Smeltzer & Bare, 2001).

**B. Konsep Terapi *Guided Imagery* Menggunakan Musik**

1. Konsep Terapi *Guided Imagery*

- a. Definisi

*Guided imagery* adalah suatu teknik yang menggunakan imajinasi individu dengan imajinasi terarah untuk mengurangi stres (Kalsum, 2012 dalam Wahyuningsih, 2014). Snyder & Lindquist (2002 dalam Darmiko, 2014) mendefinisikan bimbingan imajinasi sebagai intervensi pikiran dan tubuh manusia menggunakan kekuatan imajinasi untuk mendapatkan efek fisik, emosional maupun spiritual. *Guided imagery* dikategorikan dalam terapi *mind-body medicine* oleh Bedford (2012) dengan mengombinasikan bimbingan imajinasi dengan meditasi pikiran sebagai *cross-modal adaptation*. Imajinasi merupakan representasi mental individu dalam tahap relaksasi. Imajinasi dapat dilakukan dengan berbagai indra antara lain visual, auditor, olfaktori maupun taktil. Bimbingan imajinasi merupakan teknik yang kuat untuk dapat fokus dan berimajinasi yang juga merupakan proses terapeutik.

b. Klasifikasi Tehnik *Guided Imagery Relaxation*

Menurut Kusyati (2006 dalam Kristanti, 2014), adapun klasifikasi tehnik *guided imagery relaxation* adalah sebagai berikut:

- 1) Bernapas pelan-pelan.
- 2) Masase sambil menarik napas pelan-pelan.
- 3) Mendengarkan lagu sambil menepuk-nepuk jari/kaki.
- 4) Membayangkan hal-hal yang indah sambil menutup mata.
- 5) Menonton televisi (acara kegemaran).

c. Tujuan

*Guided imagery* mempunyai elemen yang secara umum sama dengan relaksasi, yaitu sama-sama membawa pasien kearah relaksasi. Tujuan dari tehnik *guided imagery* yaitu menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun (Perry & Potter, 2005). Penggunaan *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu. Oleh karena itu, pasien harus membayangkan imajinasi yang sangat kuat dan menyenangkan.

d. Manfaat

Manfaat dari *guided imagery* yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres dan nyeri (Smeltzer & Bare, 2001). Menjelaskan aplikasi klinis *guided imagery* yaitu sebagai penghancur sel kanker, untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri serta untuk mencapai ketenangan dan ketentraman (Perry & Potter, 2005).

*Guided imagery* adalah 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. Hal tersebut terjadi karena rangsangan imajinasi berupa hal-hal yang menyenangkan akan menjalankan kebatang otak menuju sensor thalamus untuk diformat. Sebagian kecil rangsangan itu ditransmisikan ke *amygdale* dan

*hipokampus*, sebagian lagi dikirim ke korteks serebri. Sehingga pada korteks serebri akan terjadi asosiasi penginderaan. Pada hipokampus hal-hal yang menyenangkan akan diproses menjadi sebuah memori. Ketika terdapat rangsangan berupa imajinasi yang menyenangkan memori yang tersimpan akan muncul kembali dan menimbulkan suatu persepsi. Dari hipokampus rangsangan yang telah mempunyai makna dikirim ke *amygdale* yang akan membentuk pola respon yang sesuai dengan makna rangsangan yang diterima. Sehingga subjek akan lebih mudah untuk mengasosiasikan dirinya dalam menurunkan sesuai nyeri yang dialami. Mekanisme imajinasi positif dapat melemahkan psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stres, selain itu dapat melepaskan endorphen yang melemahkan respon rasa sakit dan dapat mengurangi rasa sakit atau meningkatkan ambang nyeri (Hart, 2008 dalam Widodo, 2012).

e. Teknik Melakukan *Guided Imagery Relaxation*

Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada pasien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada napas mereka, pasien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Rahmayanti, 2010 dalam Kristanti, 2014).

f. Mekanisme Kerja *Guided Imagery Relaxation*

Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta pasien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus

pada napas mereka, pasien mendorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Darmiko, 2014).

Menurut Kozier & Erb (2009 dalam Darmiko, 2014) menyatakan bahwa langkah-langkah dalam melakukan *guided imagery* adalah:

- 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.
- 2) Untuk pelaksanaan, subjek harus tahu rasional dan keuntungan dari tehnik imajinasi terbimbing. Subjek merupakan partisipasi aktif dalam latihan imajinasi dan harus memahami secara lengkap tentang apa yang harus dilakukan dan hasil akhir yang diharapkan. Selanjutnya memberikan kebebasan kepada objek. Membantu subjek ke posisi yang nyaman dengan cara membantu subjek untuk bersandar dan meminta menutup matanya. Posisi nyaman dapat meningkatkan fokus subjek selama latihan imajinasi. Menggunakan sentuhan jika hal ini tidak membuat subjek terasa terancam. Bagi beberapa subjek sentuhan fisik mungkin mengganggu karena kepercayaan budaya dan agama mereka.
- 3) Langkah berikutnya menimbulkan relaksasi. Dengan cara memanggil nama yang disukai. Berbicara jelas dengan nada

yang tenang dan netral. Meminta subjek menarik napas dalam dan perlahan untuk merelaksasikan semua otot. Untuk mengatasi nyeri dan stres, dorong subjek untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan. Setelah itu, membantu subjek untuk menggunakan semua idenya dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan bayangan tersebut.

- 4) Langkah selanjutnya meminta subjek untuk menjelaskan perasaan fisik dan emosional yang ditimbulkan oleh bayangan. Dengan mengarahkan subjek untuk mengeksplorasi respon terhadap bayangan karena ini akan memungkinkan subjek memodifikasi imajinasinya. Respon negatif dapat diarahkan kembali untuk memberikan hasil akhir yang lebih positif. Selanjutnya memberikan umpan balik kontinyu kepada subjek. Dengan member komentar pada tanda-tanda relaksasi dan ketentrangan. Setelah itu, membawa subjek keluar dari bayangan. Setelah pengalaman imajinasi dan mendiskusikan perasaan subjek mengenai pengalamannya tersebut. Serta mengidentifikasi setiap hal yang dapat meningkatkan pengalaman imajinasi. Selanjutnya motivasi subjek untuk mempraktikkan tehnik imajinasi secara mandiri.

## 2. Konsep Terapi Musik

### a. Definisi

Efektifitas terapi musik digunakan dalam menurunkan nyeri fisiologis. Musik terbukti menunjukkan efek positif yaitu

menurunkan denyut jantung, mengurangi cemas, menghilangkan nyeri, dan mengubah persepsi waktu (Perry & Potter, 2005). Seseorang yang mendengarkan musik akan memfokuskan pikiran dan perhatiannya (konsentrasi pikiran) pada suara atau irama musik yang diterimanya, sehingga fokus perhatiannya terhadap nyeri atau stimulus nyeri teralihkan atau berkurang. Selain itu, terapi musik juga merupakan proses kognitif yang juga dapat menstimulasi sistem kontrol desenden melalui mekanisme produksi dan kerja endorfin, sehingga dengan adanya stimulasi kontrol desenden maka area “gerbang” akan menutup transmisi nyeri menuju otak. Hasilnya transmisi impuls suara musik yang banyak dan lebih dahulu mencapai otak akan menghambat (mengurangi) transmisi impuls nyeri menuju otak, akibatnya persepsi terhadap nyeri menurun (Smeltzer & Bare, 2001).

b. Manfaat Terapi Musik

Adapaun manfaat terapi musik menurut Natalia (2013 dalam Darmiko, 2014) adalah sebagai berikut:

1) Musik pada bidang kesehatan

Menurunkan tekanan darah, melalui ritmik musik yang stabil member irama teratur pada sistem kerja jantung manusia.

2) Menstimulasi kerja otak, mendengar musik dengan harmoni yang baik akan menstimulasi otak untuk melakukan proses analisa terhadap lagu tersebut.

- 3) Meningkatkan imunitas tubuh, suasana yang ditimbulkan oleh musik akan mempengaruhi sistem kerja hormon manusia, jika kita mendengar musik yang baik atau positif maka hormon yang meningkatkan imunitas tubuh juga akan berproduksi.

*Guided imagery* dan terapi musik yang disusun secara berurutan guna mendukung, membangkitkan dan memperdalam pengalaman yang terkait dengan kebutuhan psikologis dan fisiologis. Sepanjang perjalanan musik yang didengar, pasien diberi kesempatan untuk menghayati berbagai aspek kehidupannya melalui perjalanan imajinatif. Musik yang berjalan akan membantu pasien mendekonstruksikan kisah kehidupan lama dan menstimulasinya untuk melupakan nyeri yang dirasakannya.

### 3. Konsep Kombinasi *Guided Imagery and Music*

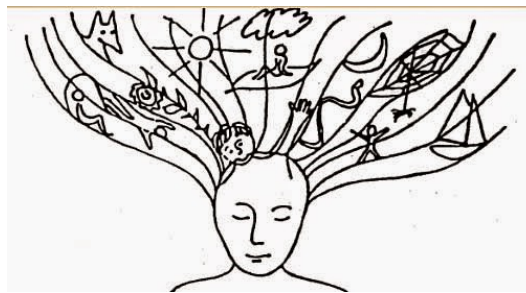
#### a. Definisi

GIM adalah singkatan dari *Guided imagery and music*. Beberapa pendapat para ahli mengenai definisi GIM, diantaranya menurut Raley (2006) GIM adalah sebuah metode psikoterapi musik dengan mendengarkan musik klasik dalam keadaan santai untuk meningkatkan imajinasi dengan tujuan penyembuhan dan aktualisasi diri. Pendapat lain, Bee & Wyatt (2009) menjelaskan bahwa GIM mengombinasikan intervensi bimbingan imajinasi dan terapi musik. GIM dilakukan dengan memfokuskan fantasi atau imajinasi klien yang difasilitasi dengan musik. Efek musik digunakan untuk memperkuat relaksasi klien sehingga imajinasi maupun sugesti yang



diberikan akan mudah diinduksikan. Sedangkan menurut penciptanya sendiri, Helen L. Bonny (1990) yang dikutip dari Mardis & Clark (2008), GIM adalah bentuk dari terapi musik yang memberikan kesempatan kepada seseorang untuk mengintegrasikan aspek emosi, mental, spritual dan fisik.

Secara sederhana GIM merupakan gabungan antara guided imagery dengan terapi musik atau guided imagery yang pelaksanaannya diiringi dengan musik, berimajinasi sambil mendengarkan musik.



**Gambar 2.2 Guided Imagery**

**Sumber: Djohan (2006)**

b. Fase Pelaksanaan *Guided Imagery and Music*

Domenech & Montserrat (2008); Farrel (2010); Short (2003) menyebutkan GIM terdiri dari 4 fase. Fase yang pertama adalah *prelude*, pada fase ini pasien mengungkapkan keluhan yang sedang dirasakan kepada terapis dan memposisikan diri sebelum masuk ke alam bawah sadar. Fase yang kedua adalah *induction*, pada fase ini terapis akan memberikan sugesti verbal untuk merilekskan tubuh pasien dan mempersiapkan pasien untuk mendengarkan musik beserta bimbingan imajinasi. Fase yang ketiga adalah *music-imagery*

*experience*, pada fase ini pasien akan diperdengarkan musik beserta bimbingan imajinasi. Fase yang keempat adalah fase *postlude*. Fase ini untuk mengakhiri proses GIM. Pada fase ini terapis akan memberikan sugesti positif kepada pasien yang akan membuat tubuh pasien lebih rileks dan segar, kemudian diikuti dengan proses hitungan beberapa detik untuk membawa pasien kembali pada keadaan semula dan membuka mata.

c. Teknik Pelaksanaan *Guided Imagery and Music*

Anda bisa melakukan GIM dimana saja asalkan pelaksanaannya di tempat dengan suasana yang tenang dan nyaman. Short (2003) menjelaskan GIM dalam penelitiannya dilakukan di ruangan yang tenang dan kondusif di rumah sakit, akan tetapi ada beberapa keadaan yang dapat mengganggu dalam proses pelaksanaan GIM, seperti interupsi dari orang maupun staf dan suara-suara mengganggu lainnya. Kedua hal ini berpotensi menyebabkan fokus anda terganggu selama intervensi berlangsung. Untuk mengatasi hal ini yang bisa anda lakukan adalah meningkatkan volume musik. Pelaksanaan GIM dapat dilakukan dengan posisi duduk atau berbaring dengan mata tertutup, akan tetapi dalam pelaksanaan standar GIM dilakukan dalam posisi berbaring. Posisi pelaksanaan GIM dapat disesuaikan sesuai dengan kenyamanan anda.

GIM dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung dilakukan oleh individu, sedangkan secara tidak langsung dilakukan dengan bantuan terapis atau alat bantu berupa

rekaman audio. Menurut Djohan (2006) ada dua titik pandang dalam pelaksanaan GIM ini:

- 1) Titik pandang 1, terapis akan membimbing klien kepada interpretasi imajinasinya dan ditujukan pada insight baru dari masalahnya.
- 2) Titik pandang 2, terapis menelaah musik dan pengalaman imajinatif yang berlangsung dalam diri klien.

GIM dapat dilakukan sendiri tanpa adanya bantuan dari seorang terapis. Rockefeller (2007); Tilberg et al. (2009) menjelaskan bahwa *guided imagery* biasanya diberikan oleh seorang terapis yang sudah terlatih, akan tetapi *guided imagery* juga bisa diberikan oleh petugas kesehatan manapun atau dilakukan oleh diri sendiri tanpa perlu pelatihan khusus jika dilakukan dengan menggunakan rekaman audio. *Guided imagery* juga sangat efektif ketika dilakukan dengan menggunakan rekaman audio. Rekaman audio berisi musik, panduan relaksasi dan membayangkan hal-hal yang menyenangkan bagi individu (Rakel 2012).

Banyak studi telah menunjukkan bahwa jenis musik untuk terapi musik tidak harus musik klasik. Musik klasik, pop, dan modern (dengan catatan musik tanpa vokal, periode tenang) digunakan pada terapi musik. Seperti yang dikatakan Good, et.al. (1999); (2001); Finnerty (2001); Wilgram (2002); Dunn (2004); Schou (2008); Nilsson (2009) dalam Novita (2012, p.45) jenis musik yang direkomendasikan selain instrumentalia musik klasik, bisa juga slow

jazz, pop, folk, western country, easy listening, bisa juga disertai dengan unsur suara natural alam atau musik yang sesuai dengan budaya asal pasien.

Lama pemberian GIM bisa disesuaikan dengan kebutuhan anda, seperti yang dikemukakan oleh Short (2003) GIM dapat diberikan selama 15 menit sampai dengan 30 menit bahkan sampai 2 jam atau lebih tergantung dari durasi musik, konsentrasi pasien, dan seberapa cepat pasien merasa lelah.

### **C. Konsep Nyeri**

#### **1. Definisi**

*The International Association for the Study of Pain* (Townsend, 2008 dalam Abdullah, 2013), mendefinisikan nyeri sebagai suatu pengalaman sensorial dan emosional yang tidak nyaman yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial. Perasaan yang tidak nyaman tersebut sangat bersifat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Mansjoer, 1999). Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Nyeri juga merupakan suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik sensasi sensorial maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa,

menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Andarmoyo, 2013).

Nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang pernah dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Perry & Potter, 2005).

## 2. Fisiologis Nyeri

Struktur spesifik dalam sistem syaraf terlibat dalam mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri. Sistem yang terlibat dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nosiseptif. Reseptor nyeri (nosiseptor) adalah ujung syaraf bebas yang pertama sekali merasakan nyeri. Jejas atau stimulus pada jaringan akan merangsang nosiseptor untuk melepaskan zat-zat kimia, yaitu prostaglandin, histamine, bradikinin, asetilkolin, dan substansi P (Smeltzer & Bare, 2001). Zat-zat kimia ini mensensitifisasi ujung syaraf dan menyampaikan impuls nyeri ke otak. Ada dua jenis ujung syaraf bebas yang termasuk dalam nosisepsi, yaitu (1) serabut A-delta, adalah serabut halus, bermielin, dan merupakan serabut hantaran cepat yang membawa sensasi tusukan tajam. Serabut-serabut ini membantu kita untuk menentukan lokasi dan intensitas nyeri. (2) Serabut C, adalah serabut syaraf yang tidak dibungkus oleh mielin. Serabut ini halus dan hantarannya lambat serta bertanggung jawab terhadap nyeri tumpul, menyebar, dan persisten (Smeltzer & Bare, 2001).

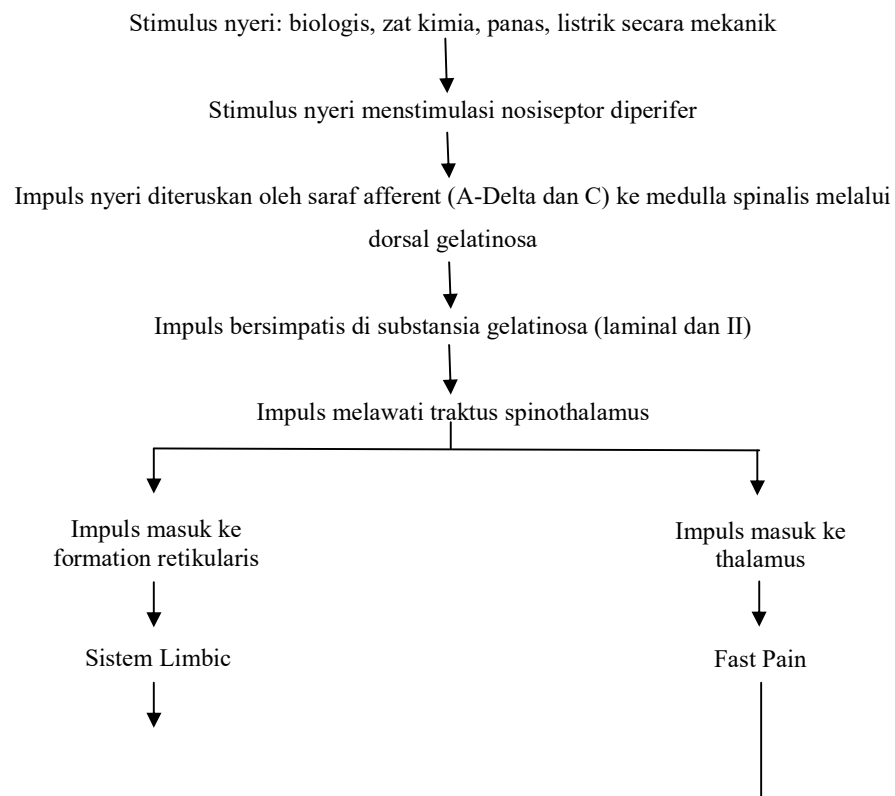
Nyeri pada awalnya diperantarai oleh serabut A-delta, tetapi beberapa menit kemudian nyeri menjadi menyebar akibat aktivasi serabut C. Impuls nyeri dibawa oleh serabut A-delta perifer dan dihantarkan langsung ke substansi gelatinosa pada akar dorsal sumsum tulang belakang, kemudian konduksi lambat serabut C membuat durasi impuls rasa sakit menjadi lebih lama (Alexander & Hill, 1987 dalam Andarmoyo, 2013).

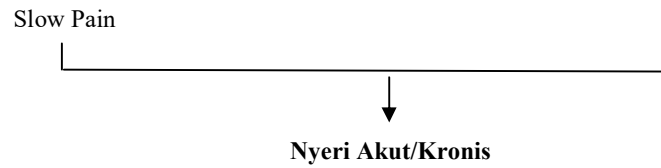
Impuls sensori atau eferen memasuki akar dorsal sumsum tulang belakang, membentuk sinaps kimia dengan menggunakan neurotransmitter (seperti substansi P). Impuls nyeri berpindah ke sisi yang berlawanan dari sumsum tulang belakang dan merambat ke otak melalui sistem spinotalamus. Sistem spinotalamus bersinapsis di thalamus dan impuls disampaikan ke korteks serebral dimana stimulus nyeri diinterpretasikan. Ketika transmisi nyeri dikirim ke otak, individu merasakan nyeri. Beberapa impuls nyeri berakhir langsung di neuron motorik melalui arkus refleksi di sumsum tulang. Neuron motorik kemudian muncul dari kornu anterior sumsum tulang belakang untuk mengaktifkan struktur yang sesuai seperti, bila seseorang menyentuh permukaan yang panas, sinyal nyeri diubah menjadi impuls motorik yang merangsang tangan menjauh dari sumber panas (Perry & Potter, 2005).

Persepsi nyeri dalam tubuh diatur oleh substansi yang dinamakan neuroregulator. Substansi ini mempunyai aksi rangsang dan aksi hambat. Substansi P adalah salah satu contoh neurotransmitter dengan aksi merangsang. Ini mengakibatkan pembentukan aksi potensial, yang

menyebabkan hantaran impuls dan mengakibatkan pasien merasakan nyeri. Serotonin adalah salah satu contoh neurotransmitter dengan aksi menghambat. Serotonin mengurangi efek dari impuls nyeri. Substansi kimia lainnya mempunyai efek inhibitor terhadap transmisi nyeri adalah endorfin dan enkefalin. Substansi ini bersifat seperti morfin yang diproduksi oleh tubuh. Endorfin dan enkefalin ditemukan dalam konsentrasi yang tinggi dalam sistem syaraf pusat. Kadar endorfin dan enkefalin setiap individu berbeda. Kadar endorfin ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti ansietas. Hal ini akan berpengaruh juga terhadap perasaan nyeri seseorang. Walaupun stimulusnya sama, setiap orang akan merasakan nyeri yang berbeda. Individu yang mempunyai kadar endorfin yang banyak akan merasakan nyeri yang lebih ringan daripada mereka yang mempunyai kadar endorfin yang sedikit (Smeltzer & Bare, 2001).

Pathway:





**Gambar 2.3 Proses Terjadinya Nyeri**  
**Sumber: Alexander & Hill (1987 dalam Andarmoyo, 2013), Perry & Potter (2005), Smeltzer & Bare (2005)**

### 3. Teori Nyeri

Menurut Barbara (1991), dari beberapa hasil penelitian, mekanisme respons nyeri yang tepat masih merupakan misteri. Namun ada tiga teori nyeri yang dikemukakan, yaitu:

#### a. Teori *Specificity*

Teori *specificity* menyatakan bahwa ada ujung syaraf spesifik di tubuh yang menerima rangsangan hanya dari rangsangan nyeri. Ketika reseptor nyeri menerima stimulus, sebuah impuls ditransmisikan di sepanjang jalur nyeri spesifik kemudian diterjemahkan di pusat nyeri, yaitu thalamus.

#### b. Teori Dasar

Teori dasar mengasumsikan bahwa tipe tertentu dari stimulus pada reseptor yang nonspesifik akan menyampaikan sekumpulan impuls ke jalur neuron untuk menghasilkan dasar yang diinterpretasikan oleh otak sebagai nyeri. Rangsangan ini digabungkan dalam akar dorsal sumsum tulang belakang untuk menghasilkan intensitas tertentu dari rangsangan nyeri.

#### c. Teori *Gate-Control*

Teori ini dikemukakan oleh Melzack & Wall (1965). Teori ini menggambarkan bagaimana neuron akar dorsal dari sumsum tulang



belakang berperan sebagai gerbang yang mengatur penyampaian impuls nyeri ke otak.

#### 4. Etiologi

Penyebab nyeri menurut Asmadi (2008):

- a. Penyebab yang berhubungan dengan fisik, yaitu:
  - 1) Trauma
  - 2) Neoplasma
  - 3) Peradangan
  - 4) Gangguan sirkulasi darah
- b. Penyebab yang berhubungan dengan psikis yaitu adanya trauma psikologis.

#### 5. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat menoleransinya, menahan nyeri (pain tolerance), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (pain threshold). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri menurut Alimul (2006), di antaranya:

- a. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- b. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- c. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.

- d. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- e. Spasme otot, dapat mestimulus mekanik.

## 6. Klasifikasi Nyeri

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

### a. Nyeri berdasarkan tempatnya:

- 1) *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
- 2) *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
- 3) *Refereed pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dan lain-lain.

### b. Nyeri berdasarkan sifatnya:

- 1) *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-sewaktu lalu menghilang.
- 2) *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.

- 3) *Paroxymal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap  $\pm$  10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.
- c. Nyeri berdasarkan berat ringannya:
- 1) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
  - 2) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
  - 3) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.
- d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan:
- 1) Nyeri akut.
  - 2) Nyeri kronis.

**Tabel 2.2 Klasifikasi Nyeri Menurut Alimul (2006)**

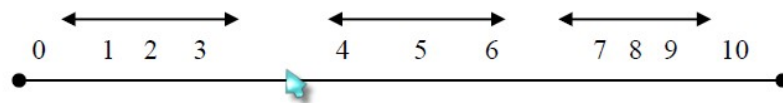
Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
<b>Pengalaman</b>	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
<b>Sumber</b>	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatannya yang terlalu lama
<b>Serangan</b>	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
<b>Waktu</b>	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
<b>Pernyataan Nyeri</b>	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi
<b>Gejala Klinis Nyeri</b>	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon yang bervariasi dengan sedikit gejala
<b>Pola Nyeri</b>	Terbatas	Berlangsung terus
<b>Perjalanan</b>	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Biasanya meningkat setelah beberapa saat

**Sumber: Asmadi (2008)**

## 7. Skala Nyeri

Intensitas nyeri dapat diketahui dengan bertanya kepada pasien melalui skala nyeri menurut Perry & Potter (2005), yaitu:

### a. Skala Nyeri Bourbanis



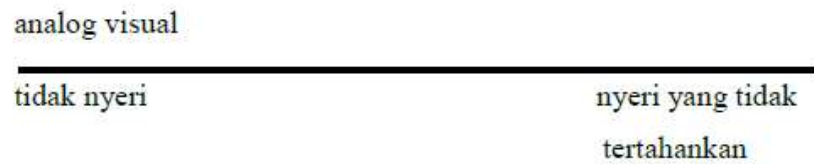
**Gambar 2.4 Skala Nyeri Menurut Bourbanis**

Keterangan :

- 0 = Tidak nyeri
- 1-3 = Nyeri ringan: secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.
- 4-6 = Nyeri sedang: secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 = Nyeri berat: secara obyektif kadang klien tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.
- 10 = Nyeri tidak tertahankan: pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

b. Skala Nyeri VAS

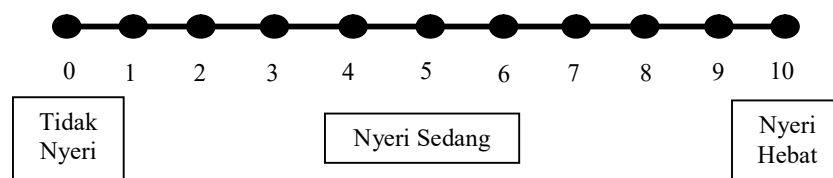
VAS (*Visual Analog Scale*) adalah suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujung. Skala ini memberikan kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri.



Gambar 2.5 Skala Nyeri VAS (*Visual Analog Scale*)

c. Skala Nyeri Numerik

Skala numerik adalah suatu alat ukur yang meminta pasien untuk menilai rasa nyerinya sesuai dengan level intensitas nyerinya pada skala numeral dari 0 – 10 atau 0 – 100. Angka 0 berarti *no pain* dan 10 atau 100 berarti *severe pain* (nyeri hebat).

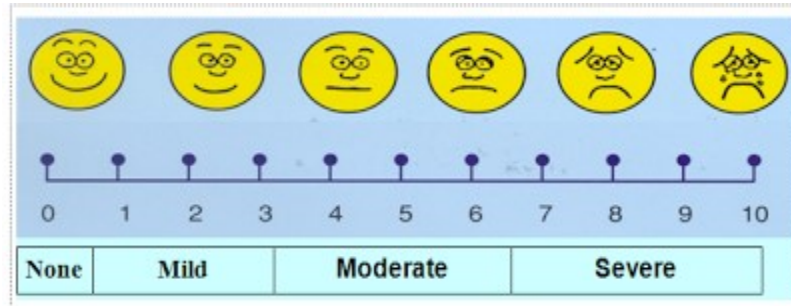


Gambar 2.6 Skala Nyeri Numerik

d. Skala nyeri atau *Wong-Baker FACES Rating Scale*

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini ditetapkan pada pasien yang tidak

dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.7 Skala Nyeri Wong Baker FACES

e. Penilaian Nyeri Berdasarkan PQRST

1) P : Provokatif/Paliatif

Apa kira-kira Penyebab timbulnya rasa nyeri? Apakah karena terkena ruda paksa / benturan? Akibat pernyataan? dll.

2) Q : Kualitas / Quantitas

Seberapa berat keluhan nyeri terasa? Bagaimana rasanya? Seberapa sering terjadinya? Ex: Seperti tertusuk, tertekan/ tertimpa benda berat, diris-iris, dll.

3) R : Region / Radiasi

Lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan/ ditemukan? Apakah juga menyebar ke daerah lain/area penyebarannya?

4) S :Skala Seviritas

Skala kegawatan dapat dilihat menggunakan GCS (*Glasgow's Coma Scale*) untuk gangguan kesadaran, skala nyeri/ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan.

5) T : Timing

Kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan/dirasakan?

Seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan/terjadi?

Apakah terjadi secara mendadak atau bertahap? Akut atau Kronis? dll.

8. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Perry & Potter (2005) adalah:

a. 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.

b. Jenis Kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon terhadap nyeri.

c. 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.

d. Makna Nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan.

e. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Individu, yang sehat secara emosional, biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil.

g. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.



h. 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.

i. Gaya Koping

Klien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit, klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu. Hal yang sering terjadi adalah klien merasa kehilangan kontrol terhadap lingkungan atau kehilangan kontrol terhadap hasil akhir dari peristiwa-peristiwa yang terjadi.

j. Dukungan Keluarga dan Sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tekan klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan.

9. Penanganan Nyeri

Menurut Alimul (2006), adapun penanganan nyeri yang dapat dilakukan adalah:

a. Manajemen Nyeri Non Farmakologi

Tindakan non farmakologi mencakup intervensi perilaku kognitif dan penggunaan agen-agen fisik. Tujuan intervensi perilaku kognitif adalah mengubah persepsi klien tentang nyeri, mengubah

perilaku nyeri, dan memberi klien rasa pengendalian yang lebih besar. Agen-agen fisik bertujuan memberikan rasa nyaman, memperbaiki disfungsi fisik, mengubah respon fisiologi, dan mengurangi rasa takut yang terkait dengan imobilisasi (Perry & Potter, 2005).

Jenis manajemen nyeri non farmakologi antara lain (Prasetyo, 2010 ):

- 1) Membangun hubungan terapeutik perawat-klien.
- 2) Bimbingan antisipasi.
- 3) Relaksasi.
- 4) Imajinasi terbimbing (*guided imagery*).
- 5) Distraksi.
- 6) Akupunktur.
- 7) Biofeedback.
- 8) Stimulasi kutaneus.
- 9) Akupresur.
- 10) Psikoterapi

b. Manajemen Nyeri Farmakologi

Analgesik berupa metode yang dilakukan guna mengganggu atau memblokir transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortisol terhadap nyeri. Jenis analgesiknya adalah narkotika dan bukan narkotika. Jenis narkotika digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan menimbulkan depresi pada

fungsi vital seperti respirasi. Jenis bukan narkotika yang paling banyak dikenal di masyarakat adalah aspirin, asetaminofen dan bahan antiinflamasi nonsteroid (Alimul, 2006).

<b>BAB III</b>	<b>LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA</b>	
	A. Pengkajian Kasus.....	50
	B. Masalah Keperawatan.....	61
	C. Intervensi Keperawatan.....	61
	D. Intervensi Inovasi Keperawatan .....	66
	E. Implementasi Inovasi.....	69
<b>BAB IV</b>	<b>ANALISA SITUASI</b>	
	A. Profil Lahan Praktik .....	73
	B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait .....	74
	C. Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Penelitian Terkait .....	75
	D. Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan .....	81

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS  
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis dilaksanakan pada tanggal 24 Agustus 2015 – 25 Agustus 2015. Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian pada kasus Ibu N berusia 16 tahun didapatkan keluhan bahwa pasien mengatakan nyeri pada area abdomen sejak tadi pagi, pasien juga mengatakan nyeri pada abdomen kuadran dekstra superior, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6 (sedang), nyeri hilang timbul. Pada kasus Ibu S berusia 26 tahun didapatkan keluhan bahwa pasien mengatakan nyeri pada area abdomen sejak beberapa hari yang lalu, pasien juga mengatakan nyeri pada abdomen kuadran dekstra superior, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5-6 (sedang), nyeri hilang timbul. Pada kasus Ibu L berusia 55 tahun didapatkan keluhan bahwa pasien mengatakan nyeri pada area abdomen sejak beberapa hari yang lalu, pasien juga mengatakan nyeri pada abdomen kuadran dekstra superior, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6 (sedang), nyeri hilang timbul.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ibu N adalah nyeri akut b/d agen injury biologis, hambatan mobilitas fisik b/d tubuh tidak bugar, dan risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis. Sedangkan pada kasus Ibu S dan Ibu L adalah nyeri akut

b/d agen injury biologis dan hambatan mobilitas fisik b/d tubuh tidak bugar.

3. Perencanaan intervensi keperawatan ketiga kasus menetapkan tujuan dengan beberapa indikator pencapaian pada masalah keperawatan yang utama yaitu nyeri akut b/d agen injury biologi. Adapun indikator tersebut adalah mampu mengenali gejala nyeri, mampu mendiskripsikan faktor penyebab dari nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi atau non analgesik untuk mengurangi nyeri, mampu melaporkan perubahan nyeri, mampu melaporkan ketidakmampuan mengontrol nyeri, mampu melaporkan rasa nyaman, vital sign pasien dalam rentang normal (TD, Temp, Pulse and RR).
4. Implementasi intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan dengan diagnosa utama yaitu nyeri akut b/d agen injury biologis adalah memonitor vital sign, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, melakukan dan mengajarkan tehnik penanganan nyeri secara non farmakologi (pemberian terapi *guided imagery* dengan menggunakan irama musik), berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk pemberian analgesik, mengevaluasi efektivitas analgesic serta tanda dan gejala, mengevaluasi respon pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

5. Evaluasi yang didapatkan pada kasus Ibu N, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan dan diajarkan tehnik relaksasi napas dalam dan tehnik guided imagery dengan menggunakan irama musik, pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 3, wajah pasien terlihat lebih tenang dan rileks, pasien tertidur dan istirahat, vital sign: TD: 110/80 mmHg, N: 78x/m, RR: 18x/m, T: 36°C. Pada kasus Ibu S, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan dan diajarkan tehnik relaksasi napas dalam dan tehnik guided imagery dengan menggunakan irama musik, pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 5-6 menjadi 2, wajah pasien terlihat lebih tenang dan rileks, pasien istirahat, vital sign: TD: 120/80 mmHg, N: 68x/m, RR: 18x/m, T: 36°C. Pada kasus Ibu L, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan dan diajarkan tehnik relaksasi napas dalam dan tehnik guided imagery dengan menggunakan irama musik, pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 4, wajah pasien terlihat lebih tenang dan rileks. Pasien istirahat, vital sign: TD: 130/80 mmHg, N: 80x/m, RR: 20x/m, T: 36°C.

## **B. Saran**

1. Bagi Rumah Sakit
  - a. Diharapkan dapat melakukan dan menerapkan intervensi keperawatan nonfarmakologi *guided imagery* dengan menggunakan terapi musik diruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai upaya untuk mengurangi atau menurunkan tingkat skala nyeri pasien.

b. Diharapkan dapat mengoptimalkan intervensi *guided imagery* dengan menggunakan irama musik dengan membuat SOP tentang *guided imagery* dengan menggunakan terapi musik sehingga dapat diterapkan di ruang Instalansi Gawat Darurat maupun ruangan lain di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

a. Diharapkan dapat mengembangkan intervensi keperawatan dalam mengelola penderita dispepsia khususnya nyeri sebagai intervensi inovasi yang diterapkan.

b. Diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam komunikasi terapeutik dengan pasien.

3. Bagi Profesi Keperawatan

a. Diharapkan dapat mengembangkan dan meningkatkan pemahaman tentang dispepsia dan asuhan keperawatan pada pasien dispepsia sehingga menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan prestasi akademik maupun keterampilan klinik saat terjun ke dunia kerja.

b. *Guided imagery* dengan menggunakan irama musik dapat dijadikan intervensi inovasi pada pasien dengan dispepsia dan menurunkan intensitas skala nyeri pasien.

4. Bagi Pasien

a. *Guided imagery* dengan menggunakan irama musik dapat menurunkan intensitas nyeri sehingga untuk mendapatkan hasil yang maksimal tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri, teratur, serta bersungguh-sungguh bagi pasien.



5. Bagi Penelitian Keperawatan

- a. Dapat dijadikan sebagai referensi guna mendukung penelitian lebih lanjut pada pasien dispepsia terhadap pemberian terapi nonfarmakologi nyeri *guided imagery* dengan menggunakan irama musik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, M. (2013). *Dispepsia*. <http://www.scribd.com/doc/200742598/197-CME-Dispepsia> (Diunduh pada tanggal 22 Agustus 2015)
- Alimul, A. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri*. Surabaya: Ar-Ruzz Media
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Barbara, K. (1991). *Fundamental of Nursing Concept Process and Practise*. Jakarta: EGC
- Darmiko, H. I. (2014). *Pemberian Tehnik Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Ny. S dengan AMI (Akut Miokard Infark) Di Ruang ICVCU RSUD Dr. Moewardi Surakarta*.
- Dochterman, J. M & Bulechek, G. N. (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC) Fourth Edition*. Iowa Citi: Mosby
- Hadi, S. (1999). *Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid Kedua. Depok: Balai Pustaka
- Hall, G. (1997). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 9. Jakarta : EGC
- Herdman, T. H. (2012). *NANDA International Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC
- Kristanti, N. (2014). *Pemberian Guided Imagery Relaxation Terhadap Penurunan Nyeri Abdomen Pada Asuhan Keperawatan Ny. S Dengan Dispepsia Di Ruang IGD RSUD Karanganyar*
- Mansjoer, A. (1999). *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi ketiga jilid pertama. Jakarta: Media Aesculapeus
- Moohead, S. et al. (2004). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fourth Edition*. Iowa City: Mosby
- Muttaqin, A. (2012). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: Salemba Medika
- Perry & Potter. (2005). *Fundamental Keperawatan*. Volume 4. Edisi 3. Jakarta: EGC

Pierce, A. G. (2007). *At a Glance Ilmu Bedah*. Jakarta: Erlangga

Prasetyo, S. N. (2011). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Price, A. S. & Wilson, M. L. (2005). *Patofisiologi*. Volume 2. Edisi 6. Jakarta: EGC

Smeltzer, S. C. & Bare, G. B. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddart*. Edisi 8. Jakarta: EGC

Wahyuningsih, E. (2014). *Pengaruh Tehnik Relaksasi Guided Imagery Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Hari Pertama Apendiktomi Di Rumah Sakit Dr. Moewardi*. Surakarta

Widodo, S. M. (2012). *Pengaruh Guided Imagery Terhadap Nyeri Anak Usia 7-13 Tahun Saat Dilakukan Pemasangan Infus Di RSUD Kota Semarang*. Semarang