

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Laparotomi

1. Pengertian Operasi Laparotomi

Laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker, dan obstruksi) (Sjamsuhidajat & Jong, 2010). Laparotomi juga dilakukan pada kasus- kasus digestif dan kandungan seperti apendiksitis, perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolelitiasis, kolelitiasis dan peritonitis (Sjamsuhidajat & Jong, 2010).

Berdasarkan data yang di dapatkan pada RSUP Dr. Kariadi tepatnya pada ruang Rajawali 2A jumlah pasien yang melakukan operasi laparotomi setiap bulannya lebih banyak daripada operasi lainnya, jenis operasi adalah: Herniotomi, Apendixtomi, Tumor Abdomen, cholecystitis dan kolelitiasis.

2. Masalah Pasca Operasi

Pembedahan dapat melibatkan beberapa sistem tubuh secara langsung maupun tidak langsung, dan merupakan pengalaman yang rumit bagi klien, diagnosis keperawatan berfokus pada luasnya variasi masalah aktual, potensial, dan kolaboratif. Masalah yang sering ditemukan pada pasca operatif adalah masalah sirkulasi, masalah urinarius, masalah luka, masalah gastrointestinal, dan masalah rasa aman nyaman (Kozier, 2011). Tindakan pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang biasanya dirasakan 12 sampai 36 jam pasca pembedahan. Selama periode awal pasca operatif, pemberian analgesik yang terkontrol melalui kateter intravena sering kali diprogramkan (Potter & Perry, 2006).

B. Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan yang Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan (Smeltzer & Bare, 2002).

Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri. Apabila seseorang merasakan nyeri, maka perilakunya akan cenderung berubah. Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama keperawatan saat mengkaji (Potter & Perry, 2006).

2. Sifat Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (potter & perry, 2006). Menurut McMahan(1994) menemukan empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri, antara lain:

- a. Nyeri bersifat individu
- b. Tidak menyenangkan
- c. Merupakan suatu kekuatan yang mendominasi
- d. Bersifat tidak berkesudahan (andarmoyo, 2013)

3. Fisiologi Nyeri

a. Transduksi

Proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktivitas listrik di reseptor nyeri. Selama fase transduksi, stimulus berbahaya seperti prostaglandin, bradikinin, serotonin, histamin, dan substansi P. Neurotransmitter ini menstimulasi nosiseptor dan memulai transmisi nosiseptif. Obat nyeri dapat bekerja selama fase ini dengan menghambat prostaglandin (Kozier, 2011).

b. Transmisi

Suatu proses penyaluran impuls nyeri dari tempat transduksi melewati saraf perifer sampai ke terminal medula spinalis dan jaringan neuron-neuron pemancar yang naik dari medula spinalis ke otak. Transmisi meliputi tiga segmen. Segmen pertama, substansi bertindak sebagai sebuah neurotransmitter yang meningkatkan pergerakan impuls menyeberangi sinaps saraf dari neuron aferen primer ke neuron ordo kedua di kornu dorsalis medula spinalis. Serabut C yang mentransmisikan nyeri tumpul yang berkepanjangan, dan serabut A-delta yang mentransmisikan nyeri tajam dan lokal. Segmen kedua adalah transmisi dari medula spinalis dan ascendens, melalui traktus spinothalamus, ke batang otak dan talamus. Spinothalamus terbagi menjadi dua jalur khusus, yaitu neospinothalamus (NS) dan jalur paleospinothalamus (PS). Segmen ketiga melibatkan transmisi sinyal antarotalamus ke korteks sensorik somatik tempat terjadinya persepsi nyeri (Kozier, 2011).

c. Persepsi

Pengalaman subjektif yang dihasilkan oleh aktivitas transmisi nyeri. Impuls nyeri ditransmisikan melalui spinothalamus menuju ke pusat otak dimana persepsi ini terjadi. Sensasi nyeri yang ditransmisikan melalui neospinothalamus (NS) menuju talamus, dan sensasi nyeri yang ditransmisikan melalui paleospinothalamus (PS)

menuju batang otak, hipotalamus, dan talamus. Bagian dari Central Nervous System (CNS) ini berkontribusi terhadap persepsi awal nyeri. Proyeksi ke sistem limbik dan korteks frontal memungkinkan ekspresi dari komponen afektif nyeri. Proyeksi ke korteks sensorik yang terletak di lobus parietal memungkinkan pasien untuk menggambarkan pengalaman sensorik dan karakteristik nyerinya, seperti lokasi, intensitas, dan kualitas nyeri. Komponen kognitif nyeri melibatkan beberapa bagian korteks serebral. Ketiga komponen ini menggambarkan interpretasi subjektif dari nyeri. Sama dengan proses subjektif tersebut, ekspresi wajah dan gerakan tubuh tertentu merupakan indikator perilaku nyeri yang terjadi sebagai akibat dari proyeksi serabut nyeri ke korteks motorik di lobus frontal (Kozier, 2011).

d. Modulasi

Seringkali digambarkan sebagai sistem desendens, proses keempat ini terjadi saat neuron di batang otak mengirimkan sinyal menuruni kornu dorsalis medula spinalis. Serabut desendens ini melepaskan zat seperti opioid endogen, serotonin, dan norepinefrin yang dapat menghambat naiknya impuls berbahaya di kornu dorsalis. Namun, neurotransmitter ini diambil kembali oleh tubuh, yang membatasi kegunaan analgesiknya (Kozier, 2011).

4. Pola nyeri

a. Nyeri Akut

Nyeri akut disebabkan oleh aktivasi nosiseptor, biasanya berlangsung dalam waktu yang singkat (kurang dari 6 bulan), dan memiliki onset yang tiba-tiba, seperti nyeri insisi setelah operasi. Nyeri jenis ini juga dianggap memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pascaoperasi, yang biasanya menghilang ketika luka sembuh. Klien menggunakan kata-kata seperti "tajam", "tertusuk", dan

"tertebak" untuk mendeskripsikan nyeri akut. Nyeri akut bisa dianggap berguna, karena mengindikasikan cedera dan memotivasi individu untuk meredakan nyeri dengan mencari pengobatan untuk mengatasi penyebab nyeri. Nyeri akut biasanya reversibel atau bisa dikontrol dengan pengobatan yang adekuat. Individu yang mengalami nyeri akut biasanya tidak mengalami traumatis karena sifat nyeri yang terbatas, seperti nyeri pada saat melahirkan. Ketika nyeri reda, individu akan kembali ke status sebelum mengalami nyeri.

Nyeri akut mungkin disertai respons fisik yang dapat diobservasi, seperti (1) peningkatan atau penurunan tekanan darah, (2) takikardi, (3) diaforesis, (4) takipnea, (5) fokus pada nyeri, dan (6) melindungi bagian tubuh. Respons kardiovaskular dan pernapasan merupakan akibat stimulasi sistem saraf simpatis sebagai bagian dari respons fight or flight. Respons ini sering kali diinterpretasikan sebagai bukti positif nyeri seseorang. Interpretasi seperti ini tidak reliabel, karena respons simpatis ini bersifat sementara dan mungkin tidak terlihat pada klien yang mengalami nyeri akut secara kontinu. Nyeri akut yang tidak teratasi akan memicu status nyeri kronis yang nyeri.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis biasanya dianggap sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan (atau 1 bulan lebih dari normal di masa-masa akhir kondisi yang menyebabkan nyeri) dan tidak diketahui kapan akan berakhir kecuali jika terjadi penyembuhan yang lambat, seperti pada luka bakar. Nyeri kronis dapat dimulai sebagai nyeri akut atau penyebabnya dapat sangat tersembunyi sehingga individu tidak mengetahui kapan nyeri tersebut pertama kali muncul. Lamanya nyeri kronis dihitung berdasarkan nyeri yang dirasakan dalam hitungan bulan atau tahun, bukan menit atau jam.

Klien dengan nyeri kronis mungkin mengalami nyeri yang lokal atau menyebar serta terasa ketika disentuh, beberapa terasa nyeri di titik yang dapat diprediksi, namun hanya disertai sedikit temuan fisik. Mereka biasanya mengeluh perasaan kelemahan, gangguan tidur, dan keterbatasan fungsi. Mereka mungkin menunjukkan suasana hati depresif, dan memperlihatkan perilaku individu dengan penyakit kronis. Mereka sering kali mencari penyebab utama dari masalah dan menjadi frustrasi dengan pengobatan medis ketika hasil tes tidak memperlihatkan penyebab nyeri dan berbagai pengobatan yang didapat gagal menghilangkan nyeri. Seiring berjalannya waktu dan berlanjutnya manifestasi, kondisi ini menjadi lebih kompleks dan faktor lain memengaruhi manifestasi, perilaku, dan gejala, klien dengan nyeri kronis dapat terlihat memiliki fitur dan perilaku yang disebut sebagai "perilaku nyeri" klien mungkin mengadopsi peran sakit dan menjadi berfungsi lebih terbatas dibandingkan temuan fisik dan tes fungsional dari klien. Pendekatan investigasi medis dan pengobatan, perilaku keluarga dan pendukung, juga praktik dari organisasi kompensasi pekerja dan agensi sosial merupakan faktor penting dalam menyediakan "reward" untuk tetap sakit, dan meningkatkan perilaku kesakitan. Individu tersebut mungkin tidak menyadari hal ini, namun ini bisa menjadi proses yang memperburuk kondisi walaupun tujuan dari proses ini pada awalnya adalah untuk membantu individu tersebut.

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

a. Usia

Pengaruh usia pada persepsi nyeri dan toleransi nyeri tidak diketahui secara luas. Pengkajian nyeri pada lansia mungkin sulit karena perubahan fisiologis dan psikologis yang menyertai proses penuaan. Persepsi nyeri pada lansia mungkin berkurang sebagai akibat dari perubahan patologis berkaitan dengan beberapa penyakit, tetapi pada individu lansia yang sehat persepsi nyeri mungkin tidak berubah.

Lansia cenderung untuk mengabaikan nyeri dan menahan nyeri yang berat dalam waktu yang lama sebelum melaporkannya atau mencari perawatan kesehatan. Lansia mengatasi nyeri sesuai dengan gaya hidup, kepribadian, dan latar belakang budaya mereka (Smeltzer & Bare, 2002).

Hasil penelitian yang dikemukakan oleh Septiani (2015) bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia muda (20-40 tahun) dengan usia madya (41-60 tahun) terhadap tingkat nyeri fraktur. Sebagian besar responden yang mempunyai faktor usia dengan kategori usia madya mayoritas memiliki nyeri fraktur yang mengganggu aktivitas yaitu sebanyak 18 orang (60%). Dengan nilai signifikansi 0,932 ($p > 0,05$), maka hipotesis H_0 tidak diterima yang artinya tidak ada hubungan faktor usia dengan nyeri.

b. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan menganggap bahwa seorang pasien laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan pasien perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Sehingga, kebutuhan narkotik pasca operasi pada perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa individu berjenis kelamin perempuan lebih mengartikan negatif terhadap nyeri (Potter & Perry, 2006).

Menurut Wijaya (2014) yang bertujuan untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas nyeri pasien pasca bedah abdomen dalam Konteks Asuhan Keperawatan. Jumlah responden sebesar 71 pasien (21 laki-laki dan 50 wanita). Intensitas nyeri menggunakan Visual Analog Scale (VAS) dan Numeric Rating Scale (NRS). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien wanita mempunyai intensitas nyeri lebih tinggi dari pada laki-laki dimana data diperoleh setelah 30 menit pemberian analgesik.

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 mereka bereaksi terhadap nyeri (Potter & Perry, 2006). Perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi. Misalnya, individu dalam sebuah budayamungkin belajar untuk ekspresif terhadap nyeri, sementara individu dari budaya lain mungkin belajar untuk menyimpan perasaan nyeri yang dialaminya dan tidak mengganggu orang lain (Kozier, 2011).

d. Makna Nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Perry, 2006).

e. Perhatian

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

f. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali 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. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian di dalam suatu

lingkungan, maka rasa cemas tersebut dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius (Potter & Perry, 2006).

g. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri dapat terasa lebih berat. Nyeri seringkali berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibanding pada akhir hari yang melelahkan (Potter & Perry, 2006).

h. Pengalaman

Nyeri Sebelumnya Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian masalah nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang hebat, maka ansietas sembuh atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama dan berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri (Potter & Perry, 2006).

i. Gaya Koping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan/total. Klien seringkali menemukan berbagai cara mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber-sumber koping klien selama mengalami nyeri. Sumber-sumber seperti berkomunikasi dengan keluarga, melakukan latihan, atau menyanyi dapat digunakan dalam rencana asuhan keperawatan dalam upaya mendukung klien dan mengurangi nyeri sampai ke tingkat tertentu (Potter & Perry, 2006).

j. Dukungan Keluarga dan Sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respons nyeri yaitu kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu dari kelompok sosiobudaya yang memiliki harapan yang berbeda tentang orang tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri. Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan (Potter & Perry, 2006).

6. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Indikator tunggal terpenting keberadaan dan intensitas nyeri adalah laporan klien mengenai nyeri. Penggunaan skala nyeri adalah metode yang mudah dan reliabel dalam menentukan intensitas nyeri klien. Skala tersebut memberikan konsistensi kepada perawat untuk berkomunikasi dengan klien dan pemberi perawatan kesehatan lain. Untuk efektifitas penggunaan skala peringkat nyeri, klien tidak hanya perlu memahami penggunaan skala tetapi juga harus diajarkan tentang bagaimana informasi tersebut akan digunakan untuk menentukan perubahan kondisi mereka dan efektifitas intervensi penatalaksanaan nyeri. Klien juga harus diminta untuk menunjukkan tingkat kenyamanan yang dapat diterima sehingga mereka dapat melakukan aktivitas yang spesifik (Kozier, 2011).

Ada 4 metode penilaian dapat dilakukan skala sebagai berikut:

a. Visual Analog Scale (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) adalah cara menghitung skala nyeri yang paling banyak digunakan oleh praktisi medis. VAS merupakan skala linier yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri yang diderita oleh pasien.

Pada metode VAS, visualisasinya berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, di mana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya lagi mengindikasikan rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Selain dua indikator tersebut, VAS bisa diisi dengan indikatorredanya rasa nyeri.

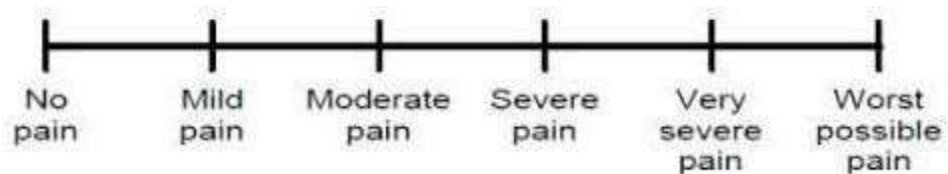
VAS adalah prosedur penghitungan skala nyeri yang mudah untuk digunakan. Namun, VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien yang baru mengalami pembedahan. Ini karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi.



Gambar 2.1. VAS (*Visual Analog Scale*)

b. Verbal Rating Scale (VRS)

Verbal Scale (VRS) hampir sama dengan VAS, hanya, pernyataan verbal dari rasa nyeri yang dialami oleh pasien ini jadi lebih spesifik. VRS lebih sesuai jika digunakan pada pasien pasca operasi bedah karena prosedurnya yang tidak begitu bergantung pada koordinasi motorik dan visual.

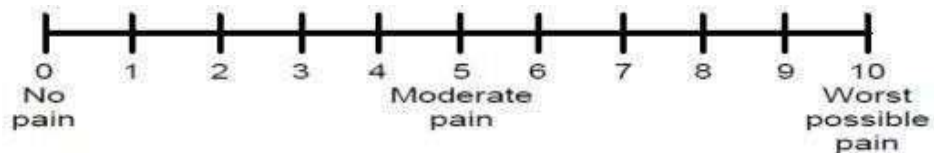


Gambar 2.2. VRS (*Verbal Rating Scale*)

c. Numeric Rating Scale (NRS)

Kalau tadi penghitungan skala nyeri didasari pada pernyataan, maka metode Numeric Rating Scale (NRS) ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS.

NRS di satu sisi juga memiliki kekurangan, yakni tidak adanya pernyataan spesifik terkait tingkatan nyeri sehingga seberapa parah nyeri yang dirasakan tidak dapat diidentifikasi dengan jelas.



Gambar 2.3. NRS (*Numeric Rating Scale*)

d. Wong-Baker Pain Rating Scale

Wong-Baker Pain Rating Scale adalah metode penghitungan skala nyeri yang diciptakan dan dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Cara mendeteksi skala nyeri dengan metode ini yaitu dengan melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan ke dalam beberapa tingkatan rasa nyeri.

Saat menjalankan prosedur ini, dokter akan meminta pasien untuk memilih wajah yang kiranya paling menggambarkan rasa nyeri yang sedang mereka alami.



Gambar 2.4. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

Keterangan :

Raut wajah 1 : tidak ada nyeri yang dirasakan

Raut wajah 2 : sedikit nyeri

Raut wajah 3 : nyeri

Raut wajah 4, nyeri lumayan parah

Raut wajah 5, nyeri parah

Raut wajah 6, nyeri sangat parah

e. McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Metode penghitungan skala nyeri selanjutnya adalah McGill Pain Questionnaire (MPQ). MPQ adalah cara mengetahui skala nyeri yang diperkenalkan oleh Torgerson dan Melzack dari Universitas McGill. Sesuai dengan namanya, prosedur MPQ berupa pemberian kuesioner kepada pasien. Kuesioner tersebut berisikan kategori atau kelompok rasa tidak nyaman yang diderita. Terdapat 20 kelompok yang masing-masing terdiri dari sejumlah kata sifat (adjektiva). Pasien diminta untuk memilih kata-kata yang kiranya paling menggambarkan kondisi mereka saat ini.

Kelompok 1-10 Menggambarkan kualitas sensorik dari nyeri.

Gejala yang termasuk dalam kelompok ini diantaranya:

- 1) Berdenyut
- 2) Menusuk
- 3) Panas
- 4) Kesemutan
- 5) Gatal
- 6) Perih
- 7) Kram
- 8) Koyak

Kelompok 11-15 menggambarkan efektivitas nyeri, seperti:

- 1) Melelahkan
- 2) Memuakkan
- 3) Menakutkan

- 4) Celaka
- 5) Kejam
- 6) Membunuh

Kelompok 16 Sementara itu, adjektiva pada kelompok 16 lebih ke dimensi evaluasi, terdiri atas:

- 1) Menjengkelkan
- 2) Menyusahkan
- 3) Sengsara
- 4) Tak tertahankan

Kelompok 17-20, berisi kata-kata yang sifatnya spesifik, seperti:

- 1) Menyiksa
- 2) Mengerikan
- 3) Ingin
- 4) Memancarkan
- 5) Menembus

Lazimnya, dokter akan meminta pasien memilih tiga kata dari kelompok 1-10, dua kata dari kelompok 11-15, satu katan dari kelompok 16, dan satu kata darikelompok 17-20. Setelah itu, dokter menjumlahkan kata-kata yang dipilih oleh pasien sehingga menghasilkan angka total yang digunakan untuk menentukan skala nyeri.

f. Penanganan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri bersifat individual, dan intervensi yang berhasil untuk pasien lain. Sering kali, sejumlah intervensi harus dicoba sebelum satu. Sering kali sejumlah intervensi berhasil. Farmakologi pemberian obat sering kali menjadi ujung tombak keberhasilan penatalaksanaan nyeri (Potter & Perry, 2006).

g. Farmakologi

WHO (1998) telah mengembangkan tiga langkah untuk penatalaksanaan nyeri. Model ini memberikan pendekatan yang telah teruji dan sederhana untuk seleksi yang rasional dalam pemberian dan

titrasi analgesik. pemberian terapi dimulai sesuai tingkatan nyeri. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis menurut WHO mengikuti tiga langkah (three step analgesic ladder) yaitu tahap pertama dengan menggunakan analgesik nonopiat seperti non steroid anti inflammatory drug (NSAID) atau cyclooxygenase-2 spesifik inhibitors, contohnya asetaminofen dan aspirin. Tahap kedua dilakukan jika dengan penanganan tahap pertama, tetapi pasien masih mengeluh nyeri, yaitu diberikan obat-obatan tahap pertama ditambah obat analgesik jenis opiat secara intermiten, contohnya codeine, oxycodone, hydrocodone, dan tramadol. Tahap ketiga dilakukan dengan memberikan obat pada tahap kedua ditambah opiat yang lebih kuat, contohnya morfin, oxycodone, methadone, dan fentanyl (WHO, 1998)

Obat analgesik jenis NSAID mempunyai titik tangkap dengan mencegah kerja enzim cyclooxygenase untuk mensintesis prostaglandin. Obat-obat jenis ini efektif untuk menangani nyeri akut dengan intensitas ringan sampai sedang. Penggunaan analgesik NSAID dalam jangka waktu yang lama, akan menimbulkan efek samping berupa iritasi mukosa lambung, maka untuk melindungi lambung dari efek samping obat tersebut diberikan antagonis H₂, misalnya ranitidin (WHO, 1998).

Obat analgesik jenis opiat bekerja dengan cara mengaktifkan reseptor opoid yang terdapat pada sistem saraf pusat. Sistem saraf pusat mempunyai lima macam reseptor opoid, yaitu Mu, Kappa, Sigma, Delta dan Epsilon. Penggunaan obat dengan dosis dapat menimbulkan efek samping berupa mual, muntah, konstipasi, bahkan bila diberikan dengan dosis tinggi dapat menyebabkan depresi pusat nafas. Pemberian obat analgesik opiat dapat diberikan secara peroral, intravena, intramuskular, epidural, maupun intratekal (WHO, 1998; Monga & Grabois, 2002).

h. Non Farmakologi

Terapi non farmakologi merupakan upaya-upaya mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan menggunakan pendekatan non farmakologi (Monga & Grabies, 2002; Hockenberry & Wilson, 2009; Potter & Perry, 2012). Upaya-upaya tersebut berupa suportif, kognitif, perilaku, maupun fisik (WHO, 1998). Intervensi keperawatan untuk nyeri akut pada pasien pasca pembedahan perawat melakukan manajemen nyeri non farmakologi dengan melibatkan keluarga untuk mempercepat penurunan skala nyeri dibutuhkan dukungan keluarga dengan mengaplikasikan teori comfort kolcaba. Keluarga melakukan tindakan distraksi dengan memberikan sentuhan, memijit, mendengarkan musik, mengobrol, memfasilitasi lingkungan yang nyaman bagi pasien, membawakan barang kebutuhan pasien dan distraksi lainnya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Kakkunen, et al (2009) yang menyatakan bahwa manajemen nyeri non farmakologi yang dilakukan oleh keluarga efektif dalam menurunkan nyeri dan stress pada pasien pasca pembedahan. Perawat juga melakukan tindakan kolaborasi dengan memberikan analgesik.

Intervensi untuk mengurangi nyeri bisa dilakukan dengan perawatan yang melibatkan keluarga, melakukan distraksi dengan mengobrol atau mendengarkan musik. Kenyamanan lingkungan merupakan salah satu sebab pasien menjadi stress akibat hospitalisasi, maka dari itu hendaknya perawat atau keluarga menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien.

Pemenuhan kebutuhan pada kenyamanan sosiokultural pada pasien difasilitasi dengan mendatangkan rohaniawan untuk melakukan do'a bersama dengan keluarga, hal ini sesuai dengan intervensi *sociocultural comfort* yang dicontohkan oleh Kolcaba dan Di Marco (2005). Area bermain juga disediakan serta ada petugas yang datang untuk melakukan belajar atau bermain bersama, akan tetapi jarang dilakukan untuk pasien yang masih dalam kondisi sakit berat.

Metode kognitif dalam penanganan nyeri pada kanker diantaranya dengan distraksi, musik, imagery guidance, dan hipnosis. Metode perilaku yang bisa dilakukan adalah dengan nafas dalam dan relaksasi, sedangkan metode fisik untuk penanganan nyeri yang bisa dilakukan adalah dengan sentuhan (terapi pijat), terapi hangat dan dingin, serta transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS).

Terapi musik adalah terapi yang menggunakan musik dimana tujuannya adalah meningkatkan atau memperbaiki kondisi fisik, emosi, kognitif dan sosial bagi individu dari berbagai kalangan usia. Musik merupakan stimulus yang dikirim dari serabut saraf asendens ke neuron-neuron reticular activating system (RAS), Ketika musik dimainkan maka semua area yang berhubungan dengan sistem limbik akan terstimulasi sehingga menghasilkan perasaan dan ekspresi. Musik menimbulkan perubahan pada status gelombang otak dan hormon pasien (Halim, 2002; Snyder & Lindquist, 2002). Musik diketahui efektif dalam mengurangi nyeri pada pasien, diantaranya nyeri pada pasien penderita kanker (Klassen et al., 2008; Naylor, Kingsnorth, Lamont, McKeever, & Macarthur, 2010; Nguyen, Nilsson, Hellstrom, & Bengston, 2010).

Relaksasi adalah teknik untuk mengurangi ketegangan otot skeletal dan menurunkan kecemasan (Potter & Perry, 2012). Teknik didasarkan pada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis. Teknik ini dapat dilakukan dengan kepala ditopang dalam posisi berbaring atau duduk di kursi. Hal utama yang dibutuhkan dalam pelaksanaan teknik relaksasi adalah klien dengan posisi yang nyaman, klien dengan pikiran yang beristirahat, dan lingkungan yang tenang. Salah satu teknik relaksasi adalah relaksasi autogenic. Prinsipnya klien harus mampu berkonsentrasi sambil membaca mantra atau doa atau dzikir dalam hati seiring dengan ekspirasi paru-paru.

Hypnosis adalah suatu teknik yang menghasilkan suatu keadaan tidak sadar diri (Monga & Grabois, 2002). Mekanisme kerja hypnosis tidak jelas tetapi tidak lampak diperantarai oleh system endokrin. Keefektifan hypnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu. Distraksi adalah mengalihkan perhatian pasien dari nyeri (Hockenberry & Wilson, 2009; Potter & Perry, 2012). Penggunaan teknik distraksi akan menurunkan perhatian pasien ke hal yang lain, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Monga & Grabois, 2002).

Terapi pijat merupakan terapi komplementer dalam penanganan nyeri pada kanker (Monga & Grabois, 2002; IASP, 2009; British Pain Society, 2010). Terapi pijat adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Terapi pijat tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian reseptor yang sama seperti reseptor nyeri. Terapi pijat membuat pasien lebih nyaman karena membuat relaksasi otot, dan juga mengurangi stres dan kecemasan (Gecsed, 2002; Corbin, 2005).

Terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada area cedera dengan menghambat proses inflamasi. Agar efektif, es diletakkan pada tempat cedera segera setelah cedera terjadi. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah ke suatu dan memungkinkan menurunkan rasa nyeri dengan mempercepat kesembuhan (James, Nelson & Ashwill, 2013)

Menurut Lander dan Fawler-Kerry (1991) dalam WHO (1998), TENS dilakukan dengan cara menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nociceptor). Mekanisme ini sesuai dengan teori nyeri gate kontrol.

C. Teori Comfort

1. Pengertian Teori Comfort

Teori comfort merupakan middle range theory yang dikembangkan oleh Katharine Kolcaba sejak tahun 1990. Teori comfort merupakan middle range theory karena mempunyai batasan konsep dan proposisi, tingkat abstraksinya rendah dan mudah untuk diterapkan pada pelayanan keperawatan (Kolcaba, 2003). Teori comfort mengedepankan kenyamanan sebagai kebutuhan semua manusia. Kenyamanan adalah kebutuhan yang diperlukan pada rentang sakit sampai sehat dan kenyamanan merupakan lebel tahap akhir dari tindakan terapeutik perawat terhadap pasien (Siefert, 2002). Menurut Kolcaba, comfort mempunyai arti yang holistik dan kompleks. Kolcaba dalam teori comfort yang dikembangkan menyebutkan holistic comfort merupakan bentuk keyamanan yang meliputi tiga tipe comfort yaitu relief, ease dan transcendence yang digabungkan dalam empat konteks yaitu physical, psychospiritual, sociocultural dan environmental (Kolcaba & Di Marco, 2005).

Relief didefinisikan sebagai keadaan dimana rasa tidak nyaman berkurang atau menemukan kebutuhan yang spesifik. *Ease* diartikan sebagai keadaan tenang atau kepuasan. *Transcendence* merupakan tahapan dimana seseorang mampu beradaptasi terhadap masalahnya.

Physical comfort atau kenyamanan fisik meliputi kebutuhan pasien akan status hemodinamik (kebutuhan cairan, elektrolit, pernafasan, suhu tubuh, eliminasi, sirkulasi, metabolisme, nutrisi dan lain-lain), nyeri dan kenyamanan manajea men nyeri, ketidaknyamanan fisik lainnya (yang dirasakan saat ini atau potensial), kurangnya sensori (alat bantu dengar, kacamata, bicara pelan, proses berfikir lama). *Psychospiritual comfort* atau kenyamanan psikospiritual antara lain kebutuhan dihadirkan rohaniawan, kecemasan, ketakutan, berdoa dengan perawat atau yang lainnya, persepsi terhadap penyakit, persepsi terhadap hidup dan pengalaman hidup. *Sociocultural comfort* atau kenyamanan sosial budaya meliputi keuangan, perencanaan pulang, rutinitas dirumah sakit, kebutuhan pendidikan

kesehatan atau informasi kesehatan, kunjungan teman atau kerabat, hubungan dengan orang lain, dukungan atau kekuatan, ketersediaan tenaga untuk keberlanjutan perawatan di rumah. *Environmental comfort* atau kenyamanan lingkungan meliputi privasi, bau, kebisingan, pencahayaan, tempat tidur yang nyaman, hiasan ruangan dan lain-lain (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006).

Kolcaba menggambarkan kebutuhan kenyamanan dalam taksonomi struktur sebagai berikut:

	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcendence</i>
<i>Physical</i>			
<i>Psychospiritual</i>			
<i>Environmental</i>			
<i>Sociocultural</i>			

Tabel 2.1 Struktur Taksonomi *Comfort* (Kolcaba, K & Fisher, E. 1996).

Pada tabel diatas menjelaskan tentang struktur taksonomi dari teori kenyamanan Kolcaba, yang terdiri dari tiga tipe kenyamanan, yaitu relief, ease, dan transcendence; dan meliputi empat konteks kenyamanan, antara lain fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Adapun cara menggunakan tabel tersebut adalah: (Aligood, 2017):

- a. Pada kolom *relief* dituliskan pernyataan tentang kondisi pasien yang membutuhkan tindakan perawatan spesifik dan segera terkait dengan kenyamanan pasien, meliputi empat konteks kenyamanan (fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial).
- b. Pada kolom *ease* dituliskan pernyataan yang menjelaskan tentang bagaimana kondisi ketentraman dan kepuasan hati pasien yang berkaitan dengan kenyamanan, meliputi empat konteks kenyamanan

(fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial).

- c. Pada kolom *transcendence* dituliskan pernyataan tentang bagaimana kondisi pasien dalam mengatasi masalah yang terkait dengan kenyamanan, meliputi empat konteks kenyamanan (fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial).

2. Type of Comfort

- a. Tipe kenyamanan (Aligood, 2017):

1) Kelegaan/*Relief*

Suatu pernyataan pasien yang menyatakan memiliki suatu kebutuhan yang spesifik telah terpenuhi

2) Kentenangan/*Ease*

Suatu pernyataan pasien tentang ketenangan dan kepuasan

3) Transendensi/*Transcendence*

Suatu pernyataan terhadap satu kondisi pasien diatas satu masalah/nyeri. Sebuah pernyataan dari pasien telah melampaui kesakitan/permasalahannya.

- b. Konteks dimana kenyamanan muncul (Aligood, 2017):

1) Physical /Fisik

Berhubungan dengan sensasi dalam tubuh. Apa yang dirasakan secara fisik atau jasmaniah

2) Psychospiritual

Berhubungan dengan psikologi pasien atau kesadaran diri sendiri, seperti rasa percaya diri, harga diri, konsep diri, seksualitas, dan arti dari suatu kehidupan

3) Environmental

Berhubungan dengan sumber daya eksternal, suatu kondisi, dan suatu pengaruh lingkungan yang menyebabkan perubahan kenyamanan

4) Social

Berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan hubungan sosial.

3. Kerangka Comfort

Asuhan keperawatan pada pasien ditujukan untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien dan keluarga. Berdasarkan teori *comfort*, ada beberapa konsep teori yang harus dipahami oleh perawat dalam melakukan intervensi pada pasien dan keluarga, yaitu:

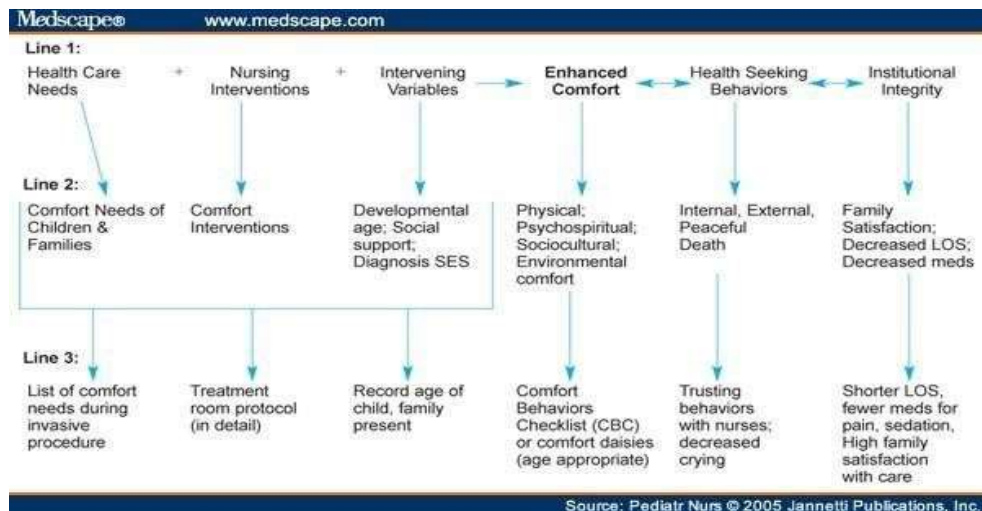
- a. Pasien-pasien/keluarga memiliki respon holistik terhadap rangsangan yang kompleks.
- b. Rasa aman merupakan hasil yang bersifat holistik yang berhubungan erat dengan disiplin ilmu keperawatan, termasuk dalam keperawatan pasien.
- c. Rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar bagi pasien dan keluarga, dan untuk memenuhinya diperlukan bantuan perawat.
- d. Kebutuhan rasa nyaman bagi pasien-pasien/keluarga bervariasi.
- e. Pemenuhan kenyamanan pada pasien/keluarga baik secara fisiologis dan psikologis, lebih mudah daripada mengobati ketidaknyamanan.
- f. Ketika ketidaknyamanan seperti kekacauan lingkungan atau sakit tidak dapat di cegah, pasien-pasien/keluarga bisa dibantu untuk mengalami sebagian atau melengkapi kenyamanan transendensi melalui intervensi yang menyampaikan harapan, sukses, kepedulian, dan dukungan bagi ketakutan mereka.
- g. Ketika perawat menerapkan teori *comfort* dalam intervensi keperawatan maka mereka harus mempertimbangkan keunikan dan kompleksitas pasien dalam konteks sistem keluarga. Dengan demikian teori *comfort* menawarkan cara yang efisien dalam perencanaan keperawatan (Kolcaba & Di Marco, 2005).

Menurut teori, peningkatan kenyamanan dapat memperkuat penerimaan pasien dan keluarga untuk terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam mencapai kesehatan dan memelihara kesehatan. Perawat dapat memfasilitasi lingkungan yang mendukung pemulihan dan rehabilitasi dengan meyakinkan pasien/keluarga bahwa dia bisa pulih, memberikan rasa aman, melindungi dari bahaya, dan mampu untuk

berpartisipasi dalam rencana pengobatan yang sesuai dengan tahap perkembangannya.

Gambar 2.1 menggambarkan hubungan antara konsep-konsep penting dalam teori comfort. Baris pertama menggambarkan konsep teori di generalisasi dan merupakan middle range theory. Baris ini adalah tingkat tertinggi yang bersifat abstrak dan setiap baris berikutnya lebih konkret. Baris kedua adalah tingkat praktik comfort pada kasus perawatan pasien. Baris ketiga adalah cara dimana masing-masing konsep dilakspasienan. Di baris keempat adalah operasionalisasi, yang berarti untuk dimasukkan ke dalam praktik (seperti sebuah panduan) atau untuk mengukur (seperti dengan instrumen kenyamanan) yang bertujuan untuk menunjukkan bagaimana kerangka ini membantu perawat menerapkan teori ke dalam praktik dan penelitian.

Gambar 2.5. Kerangka Kerja Kolcaba



Pada kerangka di atas digambarkan aplikasi teori *comfort* yang dimulai dari perawat mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan pasien dan keluarga, kemudian perawat membuat atau merencanakan intervensi berdasarkan identifikasi kebutuhan kenyamanan yang ada dan perawat juga mempertimbangkan variabel yang mempengaruhi kesuksesan

intervensi seperti usia pasien, adanya kehadiran keluarga atau orang terdekat. Hasil intervensi akan meningkatkan kenyamanan pasien baik kenyamanan fisik, psikospiritual, sosialkultural, dan lingkungan. Keberhasilan dalam meningkatkan kenyamanan ini akan membuat pasien dan keluarga percaya terhadap tindakan perawatan. Pasien dan keluarga mampu terlibat aktif dalam perawatan dan perilaku mencari kesehatan yang lebih baik. Perawat, pasien, dan keluarga mendapatkan kepuasan dengan meningkatnya kenyamanan atau status kesehatan. Dampak jangka panjang dari kepuasan pasien dan keluarga akan berpengaruh terhadap pengakuan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan pada institusi tersebut sehingga dapat meningkatkan integritas institusi.

4. Konsep Teori Comfort

Dalam teori Kolcaba, alat ukur pencapaian kenyamanan melingkupi penerima, pasien, siswa, tahanan, pekerja, dewasa lanjut, komunitas dan institusi:

a. Kebutuhan Perawatan Kesehatan

Kebutuhan perawatan kesehatan didefinisikan sebagai kebutuhan untuk memperoleh kenyamanan dan dapat bangkit dari situasi stres yang tidak dapat dicapai melalui sistem dukungan yang bersifat umum atau tradisional. Kebutuhan disini meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan yang diperoleh melalui monitoring, laporan verbal, laporan non verbal, kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologi, kebutuhan pendidikan dan dukungan, serta kebutuhan konseling dan intervensifinansial (Kolcaba, 2003).

b. Intervensi Rasa Nyaman

Intervensi untuk rasa nyaman adalah tindakan keperawatan dan ditunjukkan untuk mencapai kebutuhan rasa nyaman pasien, kebutuhan tersebut terkait dengan fisiologis, sosial, budaya, ekonomi, psikologis, spiritual, lingkungan, dan juga intervensi fisik (Kolcaba, 2001)

c. Variabel yang mengintervensi

Didefinisikan sebagai interaksi kekuatan-kekuatan yang mempengaruhi persepsi resipien tentang kenyamanan secara total dan penuh. Variabel ini terdiri atas pengalaman masa lalu, umur, afektif, status emosional, latar belakang budaya, sistem pendukung, prognosis penyakit, keuangan, dan pengalaman resipien secara keseluruhan (Kolcaba, 1994). Variabel-variabel intervensi ini akan memberikan dampak terhadap pencapaian target dalam melaksasikan intervensi perawatan pada pasien.

Kenyamanan Didefinisikan sebagai kondisi yang dialami oleh resipien berdasarkan pengukuran kenyamanan, atau sebuah kondisi yang dirasakan oleh klien terhadap intervensi kenyamanan yang diperoleh dari tenaga medis. Menurut Kolcaba (1994). Ada tiga tipe kenyamanan (kelegaan, ketentraman dan transcendence) serta empat konteks pengalaman (fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan).

Berdasarkan hasil studi, bahwa kenyamanan holistic secara natural yaitu (Kolcaba & Steiner, 2000):

- 1) Kenyamanan adalah kondisi spesifik.
- 2) Kenyamanan adalah suatu hal yang sensitive berubah dari waktu ke waktu.
- 3) Intervensi keperawatan secara holistic yang diaplikasikan secara konsisten mampu efektif untuk meningkatkan kenyamanan dari waktu ke waktu.
- 4) Kenyamanan sepenuhnya adalah hal yang lebih besar dari bagian-bagiannya.

d. Perilaku Pencari Kesehatan (Health-seeking Behaviors/HSBs)

Suatu keadaan yang menggambarkan secara luas menjabarkan tujuan hasil yang ingin dicapai dari sebuah kondisi sehat. Dhubungkan dengan pencari kesehatan serta ditetapkan oleh resipien pada saat konsultasi dengan perawat. Perilaku pencari kesehatan dapat dikategorikan secara internal, eksternal, atau meninggal dengan penuh

kedamaian (Aligood, 2017).

e. Institusi yang Terintegrasi

Kolcaba menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan integritas institusi adalah sebuah institusi yang memiliki integritas kelembagaan, misalnya kelompok, komunitas, sekolah, rumah sakit, tempat ibadah, panti asuhan, yang memiliki kualitas atau tempat yang lengkap, jumlah, suara, jujur, kasih, tulus, dan sungguh-sungguh. Saat sebuah institusi menunjukkan hal tersebut maka akan dapat menciptakan dasar praktik dan kebijakan yang sesuai (Kolcaba, 2001).

f. Praktik Keperawatan Terbaik

Penggunaan intervensi pelayanan kesehatan berdasarkan bukti klinis yang terukur secara empiris untuk mendapatkan hasil capaian terbaik pada pasien dan keluarga pasien dalam kualitas pelayanan keperawatan untuk pasien dan keluarga (Aligood, 2017).

g. Kebijakan Terbaik

Kebijakan institusional atau regional akan mengawali sebuah prosedur/protokol pelaksanaan pelayanan keperawatan dan kondisi medis untuk dengan mudah mengakses dan mendeterminasi bahwa pelayanan kesehatan diketahui sebagai suatu kebijakan yang terbaik (Aligood, 2017).

5. Proses Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data atau hal-hal yang menunjang perawat untuk melakukan tindakan. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan observasi dengan mempertimbangkan aplikasi teori *comfort*. Perawat mengobservasi respon organismik pasien, membaca catatan medis, mengevaluasi hasil pemeriksaan diagnosis, dan menanyakan pasien akan kebutuhan yang memerlukan bantuan. Perawat mengkaji lingkungan internal dan eksternal pasien. Pengkajian menurut teori *comfort* meliputi 1) Kenyamanan fisik meliputi

kebutuhan hemodinamik dan masalah kenyamanan yang dirasakan berhubungan dengan kondisi fisik pasien 2) Kenyamanan psikospiritual meliputi kenyamanan berhubungan dengan kondisi psikologis dan spiritual pasien misalnya kecemasan, ketakutan, harga diri, identitas diri, 3) Kenyamanan lingkungan yaitu berhubungan dengan lingkungan fisik pada perawatan di rumah sakit, termasuk situasi dan kondisi yang mempengaruhi lingkungan misalnya pencahayaan, keaduan dan suhu lingkungan, 4) Kenyamanan sosial kultural yaitu dukungan sosial kultural seperti adanya kerabat atau teman, hubungan dengan orang di sekitar, nilai yang dianut dan budaya yang menjadi keyakinan dalam perawatan.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan tahap dimana perawat menginterpretasikan atau menetapkan masalah dan kebutuhan klien yang akan diatasi. Interpretasi dan penetapan masalah ini dilakukan berdasarkan data hasil pengkajian yang dilakukan sebelumnya (Aligood & Thomey, 2006).

c. Intervensi

Tahapan Intervensi yaitu perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Pada tahap intervensi perawat menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan masalah yang telah ditetapkan. Rencana asuhan keperawatan yang dibuat perawat mengacu pada tujuan yaitu untuk membantu mengatasi masalah pasien (Aligood & Thomey, 2006). intervensi pada teori *comfort* dikategorikan kedalam tiga tipe intervensi yaitu: 1) Intervensi untuk kenyamanan standar (*standar comfort*) adalah intervensi untuk mempertahankan hemodinamik dan mengontrol nyeri; 2) Intervensi untuk pembinaan (*choaching*) yaitu intervensi yang digunakan untuk menurunkan kecemasan, menyediakan informasi kesehatan, mendengarkan harapan pasien dan membantu pasien untuk sembuh; 3) Intervensi yang berhubungan dengan memberikan kenyamanan jiwa (*comfort food for the soul*) yaitu

melakukan sesuatu yang menyenangkan untuk membuat keluarga dan pasien merasa diberikan kepedulian dan meningkatkan semangat, contohnya melakukan *massage* dan melakukan imajinasi terbimbing (Kolcaba & Di Marco, 2005).

d. Implementasi

Tahap Implementasi adalah menguji hipotesis. Perawat menggunakan hipotesis dalam memberikan perawatan langsung sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan masalah dan tujuan keperawatan (Aligood & Thomey, 2006). Perawat menggunakan pendekatan intervensi berdasarkan prinsip *comfort* Kolcaba yaitu intervensi dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pasien baik dari segi fisik, psikospiritual, sosial budaya dan lingkungan.

e. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan dalam mengobservasi respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi didasarkan pada tujuan dan kriteria hasil pada perencanaan keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan mengkaji tingkat kenyamanan fisik, psikospiritual, social kultural dan lingkungan (Aligood & Thomey, 2006).

D. Penelitian Terkait

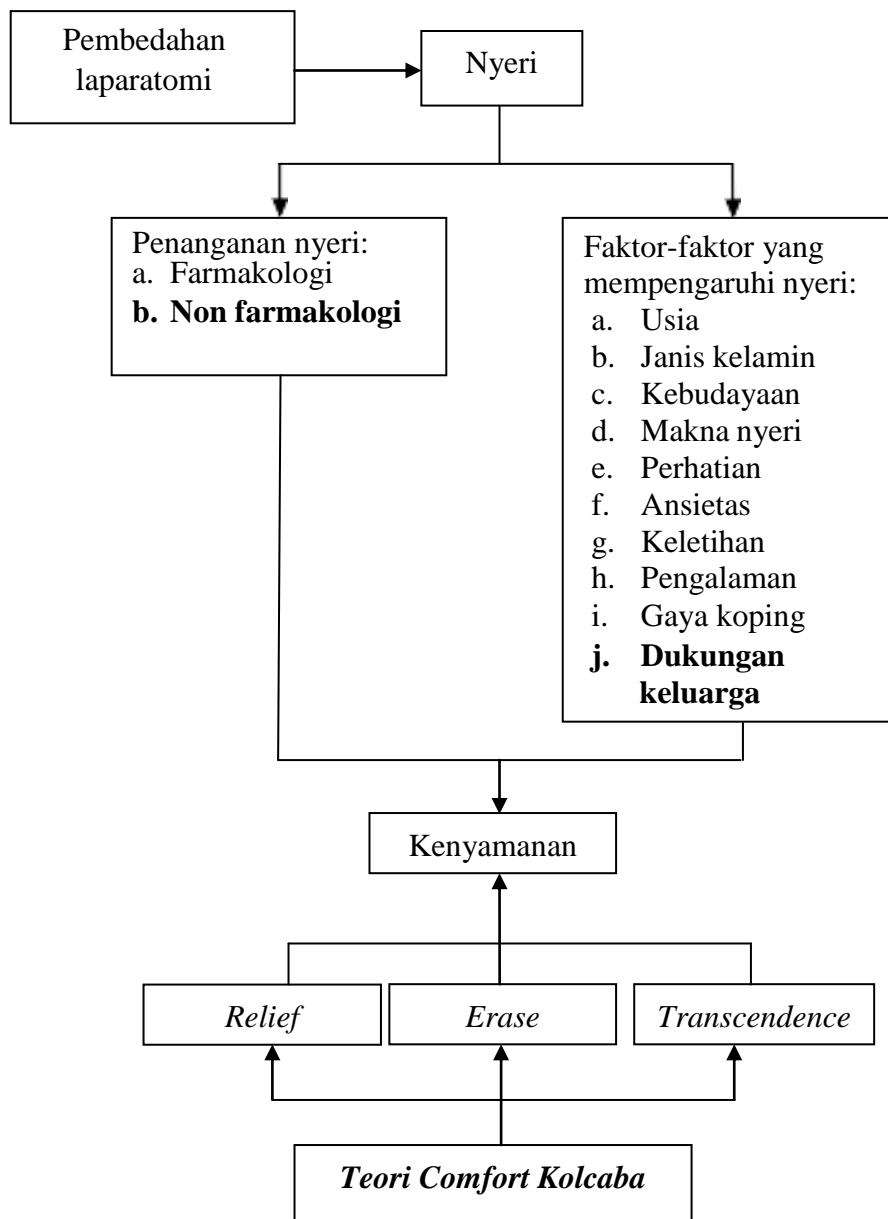
Salah satu penelitian tentang teori *comfort* kolcaba adalah penelitian yang telah dilakukan Unang Wirastri (2014) dengan judul “asuhan keperawatan anak di Ruang Infeksi Anak Rsupn Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta dengan diagnosa demam”. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa teori ini dapat membantu meningkatkan kenyamanan terhadap proses perubahan yang terjadi pada anak akibat penyakit yang dialaminya. Teori *comfort* dapat juga diterapkan dalam mengatasi kecemasan yang dipengaruhi oleh faktor sosiokultural akibat dukungan keluarga. Kepuasan keluarga menjadi meningkat dengan keterlibatan keluarga dalam perawatan pada anak demam.

Penelitian selanjutnya yang dilakukan oleh Reni Ilmiasih dkk, (2016) dengan judul “Aplikasi Teori *Comfort* Kolcaba Dalam Mengatasi Nyeri Pada Anak Pasca Pembedahan Laparatomi Di Ruang BCH RSUPN dr. Cipto mangunkusumo Jakarta”. Hasil analisis teori *comfort* efektif untuk mengatasi nyeri yang dipengaruhi oleh faktor psikospiritual seperti kecemasan. Kepuasan keluarga menjadi meningkat dengan keterlibatan keluarga dalam perawatan manajemen nyeri non farmakologi.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Suryani Hartati dkk (2015) dengan judul “penerapan teori *selfcare* orem dan *comfort* kolcaba pada ibu post partum seksio sesarea dengan tubektomi”. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu Ibu postpartum yang melahirkan melalui pembedahan seksio sesarea dengan tubektomi akan merasakan nyeri karena adanya insisi pembedahan dan tubafalopii sehingga ibu masih berfokus pada dirinya, dan tergantung dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya, tapi ibu dituntut untuk mampu melakukan perawatan diri dan bayinya secara mandiri. Model konsep *self care* orem dapat membantu dan memfasilitasi potensi ibu untuk mampu mengembangkan perawatan mandiri sehingga penyesuaian terhadap perubahan yang terjadi dan kesehatan yang optimal dan juga memberikan rasa nyaman karena efek nyeri yang dirasakan dengan menggunakan model teori *comfort*.

E. Kerangka Teori

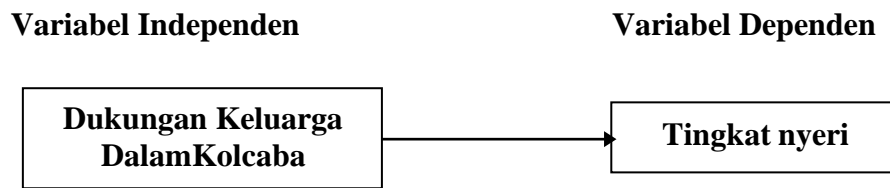
Kerangka teori merupakan gambaran teori dimana suatu problem riset berasal atau dikaitkan (Notoatmodjo, 2018). Kerangka teori dalam penelitian ini mengacu pada teori sosial kognitif Bandura (1997) serta teori kecemasan oleh Stuart dan Laraia (2005) dan Stuart (2016). Kerangka teori dalam penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.6. Kerangka Teori

F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep yaitu suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2018). Kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.7. Kerangka Konsep

G. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari pertanyaan penelitian yang kebenarannya harus dibuktikan dalam penelitian tersebut (notoatmodjo, 2018). Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian guna mengetahui jawaban atas hipotesis yang dimunculkan peneliti. Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh dukungan keluarga dengan teori comfort kolcaba terhadap tingkat nyeri pada pasien pasca operasi laparatomi di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung tahun 2021.