

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pembedahan

2.1.1 Pengertian Pembedahan

Pembedahan adalah sebuah proses invasi karena insisi dilakukan pada tubuh atau ketika bagian tubuh di angkat. Asuhan keperawatan yang hati hati dan penuh perhatian sering kali membuat perbedaan antara pengalaman bedah negatif atau positif dan dapat mempengaruhi pemulihan klien. Caroline Bunker & Mary T (2017).

2.1.2 Jenis Pembedahan

Caroline Bunker & Mary T (2017). Tingkat pilihan klien dalam pembedahan adalah:

2.1.2.4 Pembedahan pilihan atau elektif: kondisi tidak mengancam jiwa.

Klien dapat memilih untuk menjalani pembedahan atau tidak. Contohnya antara lain bedah plastik, penghilang tanda lahir *nonmaligna* (tidak ganas), dan ligasi tuba atau vasektomi untuk sterilisasi.

2.1.2.5 Diperlukan / *non* elektif: pembedahan diperlukan pada saat tertentu.

Klien memiliki berapa pilihan tentang kapan prosedur akan dilakukan. Contohnya antara lain perbaikan hernia, *prolaps* uterus, dan perbaikan posisi sendi pinggul.

2.1.2.6 *Urgent* (mendesak) *nonelektif*: pembedahan harus dilakukan dalam

waktu segera, untuk mencegah kerusakan lebih lanjut pada klien. Contohnya antara lain pengangkatan keganasan (kanker) dan pengangkatan *apendiks* yang mengalami inflamasi.

2.1.2.7 Darurat: pembedahan harus dilakukan segera untuk menyelamatkan

jiwa klien. Contohnya adalah kehamilan ektopik dengan ancaman ruptur, hemoragi internal yang buruk, ruptur *apendiks*, dan angioplasti setelah serangan jantung.

2.1.3 Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi pembedahan berdasarkan tingkat risiko dibedakan menjadi dua yaitu pembedahan mayor dan pembedahan minor. Bedah minor adalah pembedahan yang sederhana dan risikonya sedikit. Kebanyakan bedah minor dilaksanakan dalam anestesi lokal, sekalipun ada juga yang dilakukan dalam anestesi umum. Meskipun bedah minor adalah pembedahan sederhana, perlu diingat bahwa ada pasien yang tidak memandangnya sebagai pembedahan sederhana sehingga mereka bisa cemas, takut dan nyeri. Bedah mayor adalah pembedahan yang mengandung risiko cukup tinggi untuk pasien dan biasanya pembedahan ini luas, biasanya bedah mayor dilakukan dalam anestesi umum (Marry, Marry & Yakobus 2009).

2.1.4 Etiologi Pembedahan

Pembedahan dilakukan dengan berbagai alasan dan tujuan (Marry, Marry & Yakobus, 2009), yaitu seperti

2.1.4.1 Diagnostik, dilakukan untuk mengetahui penyebab dari gejala atau asal masalah.

2.1.4.2 Kuratif, untuk mengatasi masalah dengan mengangkat jaringan atau organ yang terkena, seperti *appendiktomi*.

2.1.4.3 Restoratif atau rekonstruktif, dilaksanakan untuk memperbaiki cacat atau memperbaiki status fungsional pasien, misalnya rekonstruksi neovaginal setelah vagina diangkat karena kanker atau trauma kecelakaan.

2.1.4.4 Paliatif, untuk meringankan gejala tanpa menyembuhkannya

2.1.4.5 Ablatif, untuk mengangkat jaringan atau organ yang bisa memperburuk masalah medis yang sedang dialami pasien, misalnya orkiektomi dilaksanakan pada pasien dengan kanker prostat.

2.1.4.6 Kosmetik, dilakukan untuk memperbaiki penampilan seseorang.

2.1.5 Fase *Post* Operasi

Peran perawat selama fase pascaoperatif sangat penting terutama untuk

pemulihan klien. Anastesi menghambat kemampuan klien untuk berespon terhadap stimulus lingkungan dan untuk membantu mereka sendiri, meskipun derajat kesadaran klien mungkin akan sangat beranekaragam. Selain itu, pembedahan itu sendiri dapat menyebabkan trauma pada tubuh dengan mengganggu mekanisme protektif dan homeostasis.

Karena pembedahan dapat melibatkan banyak sistem tubuh secara langsung dan tidak langsung, dan merupakan pengalaman yang rumit bagi klien, diagnosis keperawatan berfokus pada luasnya variasi masalah aktual, potensial, dan kolaboratif.

Diagnosis aktual dan potensial NANDA untuk klien pasca operatif antara lain:

1. Nyeri akut
2. Risiko infeksi
3. Risiko cedera
4. Risiko kekurangan volume cairan
5. Ketidakefektifan pola nafas
6. Devisit perawatan diri: mandi/*hygiene*, berpakaian/ berhias, eliminasi.
7. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
8. Gangguan citra tubuh.

Intervensi keperawatan yg dirancang untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi mencakup manajemen nyeri, pengaturan posisi, spirometri insentif dan nafas dalam serta latihan batuk, latihan tungkai, ambulasi dini, hidrasi adekuat, diet, peningkatan eliminasi urin, pemeliharaan pengisapan, dan perawatan luka.

Meskipun merupakan pengalaman sensori dan emosional yang menyadarkan kita akan adanya bahaya, dan mengawali respon untuk menghindari atau meminimalkan bahaya, nyeri pada klien bedah memiliki sedikit nilai protektif. Pada kenyataannya, nyeri dapat memiliki efek yang mengakibatkan stimulasi pada sistem saraf simpatis, takikardi, nafas dangkal, atelectasis, gangguan pertukaran gas, imobilisasi, dan imunosupresi.

Nyeri biasanya dirasakan paling hebat 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, menurun setelah hari kedua atau ketiga pascaoperatif. Selama periode awal pascaoperatif, pemberian medikasi analgesia yang dikontrol oleh klien atau analgesic kontinu melalui kateter intravena atau epidural seringkali diprogramkan. Perawat memantau infus atau jumlah analgesik yang diberikan melalui PCA (*Patient controlled analgesia*), mengkaji penurunan nyeri klien, dan menginformasikan kepada dokter jika klien mengalami efek samping atau tidak mendapat peredaan nyeri yang adekuat. *Analgesic* secara parenteral atau oral harus diberikan secara rutin (setiap 2 sampai 6 jam, bergantung pada obat, rute, dan dosis) selama 24 atau 36 jam pertama. Apabila pemberian analgesik secara rutin tidak lagi diperlukan, analgesik biasanya diberikan sebelum jadwal aktivitas dan periode istirahat.

Analgesik antiinflamasi seperti ibuprofen atau *ketorolac* sering kali diberikan bersamaan dengan analgesik narkotin untuk meningkatkan pereda nyeri. Klien perlu diingatkan bahwa analgesik lebih efektif apabila digunakan secara rutin atau sebelum nyeri makin parah. Karena ketegangan otot meningkatkan persepsi dan respon nyeri, perawat perlu menggunakan tindakan non farmakologi selain analgesik yang diprogramkan. Tindakan ini termasuk memastikan bahwa klien dalam keadaan hangat dan memberikan gosokan pada punggung, perubahan posisi, aktivitas pengalihan, dan tindakan lain seperti imajinasi.

2.2 Nyeri

2.2.1 Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan , bersifat sangat subjek. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Long (1996) dalam Mubarak ,W.L.(2007) menyatakan, bahwa nyeri merupakan perasaan tidak nyaman, sangat subjektif, dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut.

The International Association for the study of pain mendefinisikan nyeri sebagai “ suatu ketidaknyamanan, bersifat subjektif, sensori, dan pengalaman emosional yang dihubungkan dengan aktual dan potensial untuk merusak jaringan atau digambarkan sebagai suatu yang merugikan“ (Monahan,Sands Neighbors,Marek,Green,2007).

Caffery sebagaimana dikutip oleh potter & perry (2005). Menyatakan nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja ketika seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh. Nyeri seringkali dijelaskan dalam istilah proses destruktif jaringan seperti ditusuk tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, pada perasaan takut, mual dan mabuk. Terlebih lagi, setiap perasaan nyeri dan intensitas sedang sampai kuat di sertai oleh rasa cemas dan keinginan kuat untuk melepaskan diri dari atau meniadakan perasaan itu.

Rasa nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh, timbul bila ada jaringan rusak dan hal ini akan menyebabkan individu bereaksi dengan memindahkan stimulus nyeri. Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh.seringkali dijelaskan dalam istilah proses destruktif, jaringan seperti ditusuk tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut, mual dan muntah.

Secara umum nyeri digambarkan sebagai keadaan yang tidak nyaman, akibat dari ruda paksa pada jaringan terdapat pula yang menggambarkan nyeri sebagai suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau menggambarkan suatu istilah kerusakan. *Asosiasi internasional studi nyeri*.

Nyeri bisa terjadi karena adanya rangsangan mekanik atau kimia pada daerah kulit di ujung ujung syaraf bebas yang disebut noniseptor. Pada kehidupan nyeri dapat bersifat lama dan ada yang singkat, berdasarkan lama dan waktu terjadinya nyeri. Moh Judha & Afroh (2012).

2.2.2 Tanda Gejala Nyeri

menurut NANDA (2013) Tanda dan gejala nyeri adalah

1. insomnia
2. gelisah
3. gerakan tidak teratur
4. pikiran tidak terarah
5. raut wajah kesakitan
6. pucat
7. keringat berlebihan

2.2.3 Fisiologis Nyeri

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi dan perilaku. Proses fisiologis terkait nyeri dapat disebut nosiseptis. (Menurut Potter & Perry (2006) dalam Rustam Efendi 2016) menjelaskan proses tersebut sebagai berikut:

2.2.3.1 Resepsi

Semua kerusakan seluler yang disebabkan oleh stimulus termal, mekanik, kimiawi atau stimulus listrik menyebabkan pelepasan substansi yang menghasilkan nyeri. Stimulus tersebut kemudian memicu pelepasan mediator biokimia.

2.2.3.2 Transmisi

Fase transmisi nyeri terdiri dari 3 bagian. Bagian nyeri pertama merambat dari serabut perifer ke medulla spinalis. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari medulla spinalis ke batang otak ke talamus melau jarak spinotalamikus. Bagian ke tiga sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensorik somatik tempat nyeri dipersepsikan. Impuls yang di transmisikan tersebut mengaktifkan respon otonomi.

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Perry & Potter (2005) dalam Mohamad Judha & Sudarti 2012.

2.2.4.1 Usia

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

2.2.4.1 Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbedakda secara makna dalam respon terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam mengekspresikan nyeri. Toleransi nyeri sejak lama sudah menjadi subyek penelitian yang melibatkan pria dan wanita, akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin.

2.2.4.2 Kebudayaan

Keyakinan dan nilai nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Menurut Clancy dan Vicar (Cit Perry & Potter, 2005), menyatakan bahwa sosialisasi budaya menentukan prilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis apiat endogen dan sehingga terjadilah pesepsi nyeri.

2.2.4.4 Makna nyeri

Pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Misal seorang wanita yang melahirkan akan mempersepsikan nyeri, akibat cedera karna pukulan pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersiapkan nyeri klien berhubungan dengan makna nyeri.

2.2.4.6 Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran yang perifer. Biasanya hal ini menyebabkan toleransi nyeri individu meningkat, khususnya terhadap nyeri yang berlangsung hanya selama waktu pengalihan.

2.2.4.7 Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. (Cit Perry, Potter 2005), melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik dapat memproses reaksi emosi seseorang terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

2.4.4.7 Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka lama. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri terasa lebih berat dan jika mengalami suatu proses periode tidur yang baik maka nyeri berkurang.

2.4.4.8 Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian *episode* nyeri tanpa pernah sembuh maka rasa takut akan muncul, dan juga sebaliknya. Akibatnya klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri.

2.4.4.9 Gaya koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat merasa kesepian, gaya koping mempengaruhi mengatasi nyeri.

2.4.4.10 Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Walaupun nyeri dirasakan, kehadiran orang yang bermakna bagi pasien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan, sebaliknya tersedianya seseorang yang memberi dukungan sangatlah berguna karena akan membuat seseorang merasa lebih nyaman. Kehadiran orang tua sangatlah penting bagi anak-anak yang mengalami nyeri.

2.2.5 Jenis Jenis Nyeri

Price & Wilson (2005) dalam Mohamad Judha 2012, mengklasifikasikan nyeri berdasarkan lokasi atau sumber, antara lain.

1. Nyeri somatik superfisial (kulit)

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

2. Nyeri somatik dalam

Nyeri somatik dalam mengacu pada nyeri yang berasal dari otot, ligamentum, tulang, sendi dan arteri. Struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokasi nyeri kulit dan cenderung menyebar ke daerah sekitarnya.

3. Nyeri visera

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

4. Nyeri alih

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

5. Nyeri neuropati

Sistem syaraf secara normal menyalurkan rangsangan yang meragikan dari sistem syaraf tepi (SST) ke sistem saraf pusat (SSP) yang menimbulkan perasaan nyeri. Dengan demikian, lesi di SST atau SSP dapat menyebabkan gangguan atau hilangnya sensasi nyeri. Nyeri neuropatik sering memiliki kualitas seperti terbakar, perih atau seperti tersengat listrik. Pasien dengan nyeri neuropatik menderita akibat instabilitas sistem syaraf otonom (SSO). Dengan demikian, nyeri sering bertambah parah oleh stres emosi atau fisik (dingin, kelelahan) dan mereda oleh relaksasi.

2.2.6 Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri dapat dilihat atau diukur berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri, (menit, jam, hari atau bulan), irama / periodenya (terus menerus, hilang timbul, periode bertambah dan berkurangnya intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial).

Karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST. Berikut keterangan lengkapnya:

1. *provocate*, tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian bagian tubuh mana yang mengalami cedera termasuk menghubungkan antara nyeri yg diderita dengan factor psikologis nya, karena bisa terjadi terjadinya nyeri hebat karena dari faktor psikologis bukan dari lukanya.
2. *quality*, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial.
3. *region*, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukan semua bagian/ daerah yang dirasakan tidak nyaman.
Untuk melokalisasi lebih spesifik maka sebaiknya tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukan daerah yang nyerinya minimal sampai ke arah nyeri yang sangat. Namun hal ini akan sulit dilakukan apabila nyeri yang dirasakan bersifat menyebar atau difuse.
4. *severe*, tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala yang sifat kuantitas.
5. *time*, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh dan lain lain.

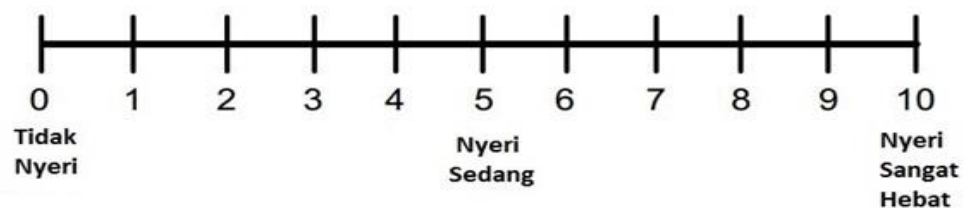
2.2.7 Cara Mengukur Intensitas Nyeri

Hayward (1997) dalam Wahid & Nurul, 2008. Mengembangkan sebuah alat ukur penelitian dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk kondisi nyeri paling hebat). Untuk mengukur, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas nyeri ini sifatnya subjektif dan dipengaruhi oleh banyak hal, seperti tingkat kesadaran, konsentrasi, jumlah distraksi, tingkat aktivitas, dan

harapan keluarga. Intensitas nyeri dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori (Anik Maryunani 2010) .

2.2.7.1 Skala *numeric* (*Numerical rating scales*, NRS), klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Contoh, pasien *post* operasi hari pertama menunjukkan skala nyeri 9, setelah dilakukan intervensi keperawatan, hari ketiga perawatan pasien menunjukkan skala nyeri 4 (Andarmoyo, 2013).

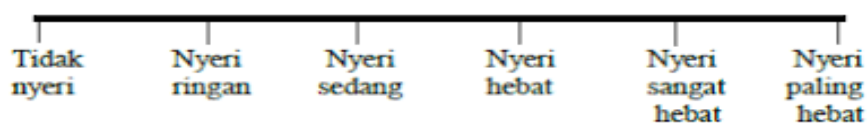
Gambar 1: Skala penilaian *numeric* (*numeric rating scales*, NRS)



(Sumber: Moh Judha, Sudarti, & afroh 2012)

2.2.7.2 Skala deskriptif yaitu skala pendeskripsi verbal (*verbal description scale*, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangking “ tidak terasa nyeri “ sampai “nyeri tidak tertahankan “. Perawat menunjukkan skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yg dirasakan (Potter& Perry, 2006 dalam Tomi ,2018).

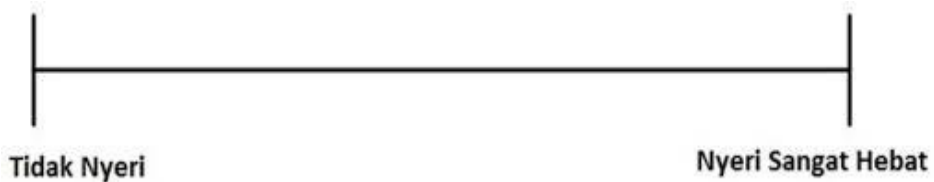
Gambar 2: skala pendeskripsi verbal (*verbal descriptor scale*, VDS)



(Sumber: Moh Judha, Sudarti, & Afroh 2012)

2.2.7.3 Skala *analog* visual yaitu skala *analog* visual (*visual analog scale*, VAS) suatu garis lurus/ horizontal sepanjang 10cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya, pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut ujung kiri biasanya menandakan “ tidak ada “ atau “ tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “ berat “ atau “ nyeri paling buruk “, untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “ tidak nyeri “ diukur dan ditulis dalam Centimeter Smeltzer, 2002 dalam Tomi 2018).

Gambar 3: skala analog visual (*visual analog scale*, VAS)



(Sumber: Moh Judha, Sudarti, & Afroh 2012)

2.2.7.4 Skala face Wong dan Baker (1988) dalam Tomi (2018)

Mengembangkan skala wajah untuk mengkaji nyeri pada anak. Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum “ tidak merasa nyeri “ kemudian secara bertahap meingkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan “ nyeri yang sangat “ anak anak berusia 3 tahun dapat menggunakan skala tersebut. Para peneliti mulai meneliti penggunaan skala wajah ini pada orang orang dewasa. Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak

mengonsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya.

(Andarmoyo, 2013 dalam Tomi 2018)



Gambar 4: skala wajah (Wong dan Baker)

(Sumber: Moh Judha, Sudarti, & Afroh 2012)

2.2.8 Penilaian Respons Intensitas Nyeri yang Dipilih

Peneliti memilih penilaian respon nyeri dengan menggunakan skala *numeric* (*numerical rating scale*, NRS). Karena dijelaskan di atas, skala *numeric* merupakan skala efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah terapi diberikan. Berdasarkan penilaian respons intensitas nyeri yang dipilih, maka standar operasional prosedur penilaian nyeri adalah sebagai berikut:

- Peneliti memperlihatkan lembar penilaian skala nyeri NRS kepada pasien.
- Peneliti menjelaskan makna dan karakteristik skala nyeri tersebut, yaitu skala nyeri 0 menggambarkan klien tidak merasa nyeri dan skala nyeri 10 menggambarkan kondisi klien yang merasakan nyeri hebat.
- Peneliti menanyakan pengalaman nyeri klien yang pernah dirasakan untuk dijadikan perbandingan dengan nyeri yang dirasakan saat ini. Klien mempersepsikan sendiri dari 0 sampai 10, beberapa nilai nyeri yang dirasakan saat ini.

2.2.9 Klasifikasi Nyeri Secara Umum

Klasifikasi nyeri umumnya dibagi menjadi 2, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

- 2.2.9.1 nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan, dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

2.2.9.2 Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan lahan biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis dan psikosomatik.

Tabel 2.1 perbedaan nyeri akut dan kronis

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab external atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun tahun.
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitas sehingga sulit dievaluasi (perubahan perusahaan)
Gejala gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon yang bervariasi sedikit gejala gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkursng setelah beberapa saat	Penderita meningkat setelah beberapa saat.

Sumber: Barbaca C Long 1989 dalam Anik Maryunani 2010.

2.2.10 Nyeri Pasca Operasi

Nyeri pasca operasi merupakan kondisi yang dialami oleh hampir seluruh pasien yang telah menjalani operasi. Nyeri merupakan suatu rasa yang tidak menyenangkan dan bersifat subjektif. Nyeri pasca operasi disebabkan oleh

berbagai macam faktor seperti usia, jenis kelamin, jumlah operasi yang telah dijalani, koping, jenis pembedahan, jenis anastesi, dan sebagainya.

Nyri pasca operasi utamanya disebabkan oleh luka sayatan yang sengaja dibuat dalam proses operasi. *The American Academy of Pain Medicine* menyatakan, dari 441 pasien *post* operasi yang di rawat inap pasien mengalami nyeri sebanyak 90%, 12 % menderita penyakit berat, 42% mengalami nyeri sedang, 36 % nyeri ringan , sementara 10 % tidak nyeri atau terkontrol (Asokumar dkk 2015 dalam Dian Trisna 2017).

2.2.11 Penatalaksanaan Nyeri

Penanganan nyeri ada 2 yaitu dengan tehnik farmakologi dan non farmakologi.

1. Intervensi farmakologi

Keputusan perawat dalam penggunaan obat-obatan dan penatalaksanaan klien/pasien yang menerima terapi farmakologi membantu dalam upaya memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan (Potter & Perry, 2006)

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2006).

Ada tiga jenis analgesic menurut Potter & Perry (2006) yaitu :

a. *Non-narkotik* dan obat anti inflamasi *nosteroid* (NSAID)

Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. NSAID *non-narkotik* umumnya menghilangkan nyeri ringan dan sedang seperti nyeri yang terkait dengan artritis *rheumatoid*, prosedur pengobatan gigi, prosedur bedah minor dan *episiotomy*.

b. Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik narkotik atau opiat umumnya di resepkan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti nyeri pascaoperasi dan nyeri maligna. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat.

c. Obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesik

Adjuvant seperti *sedative* anti cemas dan relaksan otot meningkatkan control nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti depresi dan mual. *Sedative* seringkali diresepkan untuk penderita nyeri kronik.

d. Analgesik dikontrol pasien (ADP)

System pemberian obat yang disebut ADP merupakan metode yang aman untuk penatalaksanaan nyeri kanker, nyeri *post* operasi dan nyeri traumatik. Klien atau pasien menerima keuntungan apabila ia mampu mengontrol nyeri (Potter & Perry. 2006).

2. Intervensi *non* farmakologi

a. Imajinasi terbimbing (*guided imagery*)

Imajinasi terbimbing adalah terapi yang menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu.

b. Distraksi

Distraksi merupakan proses pengalihan perhatian klien ke hal yang lain dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

c. *Akupresure*

Akupresure adalah tehnik memberikan tekanan pada titik titik tertentu di sepanjang alur. Ketika titik tekanan disentuh maka dapat memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat.

d. Kompres hangat/ dingin

Kompres hangat atau dingin dapat dipercaya bekerja pada noniseptor dalam bidang yang sama pada cedera.

e. Hipnosis diri

Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Hipnosis diri menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang *rileks* dan damai (Potter & Perry,2006)

2.3 Guided Imagery

2.3.1 Pengertian *Guided Imagery*

Guided imagery adalah metode relaksasi untuk mengkhayal tempat dan kejadian berhubungan dengan rasa relaksasi yang menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan klien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi (Kaplan & Sadock, 2010). *Guided imagery* menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer & Bare, 2002). Imajinasi bersifat individu dimana dimana individu menciptakan gambaran mental dirinya sendiri, atau bersifat terbimbing. Banyak tehnik imajinasi melibatkan imajinasi visual tapi tehnik ini juga menggunakan indra pendengaran, pengecap dan penciuman (Potter & Perry, 2009). *Guided imagery* mempunyai elemen secara umum sama dengan relaksasi, yaitu sama sama membaw klien ke arah relaksasi. *Guided imagery* menekankan bahwa klien membayangkan hal hal yang nyaman dan menenangkan. Penggunaan *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu oleh karena itu klien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan menyenangkan (Brannon & Feist,2000 dalam Affan Novarenta 2013).

2.3.2 Tujuan *Guided Imagery*

Tujuan *guided imagery* yaitu menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun (Potter & Perry,2009). Menurut Smeltzer dan Bare (2002), manfaat dari *guided imagery* yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres dan nyeri. Imajinasi terbimbing dapat mengurangi tekanan dan berpengaruh terhadap proses fisiologis seperti menurunkan tekanan darah, nadi dan respirasi. Hal itu karena tehnik imajinasi terbimbing dapat mengaktivasi sistem saraf parasimpatis.

Dossey, Et Al. (dalam Potter & Perry,2009) menjelaskan aplikasi klinis *guided imagery* yaitu sebagai penghancur sel kanker, untuk mengontrol dan

mengurangi rasa nyeri, serta untuk mencapai ketenangan dan ketentraman. *Guided imagery* juga membantu dalam pengobatan: seperti asma, hipertensi, gangguan fungsi kandung kemih, sindrom pre menstruasi dan menstruasi. Selain itu *guided imagery* juga digunakan untuk mereduksi nyeri luka bakar, sakit kepala migran, dan nyeri pasca operasi (Brannon & Feist,2000 dalam Affan Novarenta 2013).

2.3.3 Cara Kerja *Guided Imagery*

Guided imagery pada dasarnya mengarahkan diri sendiri untuk berfikir dan berimajinasi secara positif sehingga merangsang serotonin untuk mengeluarkan zat kimiawi yang bersifat menyenangkan sehingga menurunkan kecemasan dan dan meningkatkan sistem imunitas tubuh. Selain itu *guided imagery* dapat menurunkan respon simpatetik terhadap stress dan meningkatkan sistem parasimpatetik untuk menenangkan dan membantu proses penyembuhan diri sendiri (*self healing*), juga merangsang kelenjar *pituitary* untuk menghasilkan hormon endorphin yang menimbulkan efek bahagia, senang bagi pasien. (Tusek , Cwynar, 2000) dalam (Endeh nurgiwati 2015)

Imagery merupakan tehnik relaksasi seperti meditasi dan *self hipnotis* yang aman terutama jika dibimbing oleh tenaga kesehatan professional dan terlatih. Beberapa orang melaporkan menggunakan tehnik ini merasa mudah, tetapi memerlukan waktu, kesabaran, dan latihan, yang terus menerus, kadang-kadang memerlukan seseorang atau media seperti *audiotape*, atau CD, yang membimbing agar lebih konsentrasi sehingga disebut dengan *guided imagery* (Imajinasi terbimbing) dan latihan ini dapat dilakukan pada ruangan nyaman dan tenang, biasanya memerlukan waktu antara 10-15 menit, dapat dilakukan setiap hari. (Endeh Nurgiwati 2015).

2.3.4 Langkah Langkah *Guided Imagery*

Langkah langkah dalam *guided imagery* yaitu: untuk persiapan, mencari lingkungan yang nyaman dan tenang, bebas dari distraksi (Kozier & Erb,2009). Lingkungan yang bebas dari distraksi diperlukan oleh subjek guna berfokus pada imajinasi yang dipilih. Untuk pelaksanaan, subjek harus tau rasional dan

keuntungan dari tehnik imajinasi terbimbing. Subjek merupakan partisipan aktif dalam latihan imajinasi dan harus memahami secara lengkap tentang apa yang harus dilakukan dan hasil akhir yang diharapkan. Selanjutnya memberikan kebebasan pada subjek. 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 merasa terancam. Bagi beberapa subjek sentuhan fisik mungkin mengganggu karena kepercayaan agama dan budaya mereka, langkah berikutnya menimbulkan relaksasi. Dengan cara memnaggil nama yang disukai. Berbicara jelas dengan nada suara yang tenang yang netral. Meminta subjek menarik nafas dalam dan perlahan untuk merelaksasikan semua otot. Untuk mengatasi nyeri atau stres, dorong subjek untuk membayangkan hal hal yang menyenangkan. Setelah itu membantu subjek untuk merinci gambaran dari bayagannya.mendorong subjek untuk menggunakan semua indranya dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan bayangan tersebut. Langkah berikutnya meminta subjek untuk menjelaskan perasan fisik dan emosional yang ditimbulkan oleh bayangannya. Dengan mengarahkan subjek untuk mengeksplorasi respon terhadap bayangan karena ini akan memungkinkan subjek memodifikasi imajinasinya. Respon selanjutnya memberikan umpan balik kontinyu kepada subjek. Dengan memberi komentar pada tanda-tanda relaksasi dan ketentraman. Setelah itu membawa subjek keluar dari bayangannya. Setelah pengalaman imajinasi dan mendiskusikan perasaan subjek mengenai pengalaman tersebut. Serta mengidentifikasi setiap hal yang dapat meningkatkan pengalaman imajinasi. Selanjutnya memotivasi subjek untuk mempraktikan tehnik imajinasi (Endeh Nurgiwati 2015).

Sejauh ini *guided imagery* telah dipergunakan untuk membantu mengatasi sejumlah gangguan klinis pada berbagai berbagai populasi yang berbeda. *Guided imagery* terbukti dapat diterapkan untuk penderita kanker, penyandang *HIV AIDS*, mereka yang mengalami gangguan syaraf dan gangguan somatisasi, atau pecandu narkoba. Sejumlah peneliti mengindikasikan bahwa *guided imagery* dapat lebih

bermanfaat bagi pasien psikiatrik, kerusakan otak, dan penyandang autisme (Clarkson,1998) dalam Djohan, 2006.

2.3.6 Penelitian Terkait

Penelitian sebelumnya oleh Affan Novarenta (2013) tentang *Guided Imagery* untuk mengurangi rasa nyeri saat Menstruasi dapat disimpulkan bahwa *Guided Imagery* dapat mengurangi rasa nyeri saat menstreaasi. Dari ketiga subjek, pada saat *post test* satu subjek menurunkan intensitas nyeri pada skor 2 yang berarti ringan. Dua subjek lainnya mengalami penurunan nyeri pada skor 0 yang berarti tidak ada nyeri sama sekali.

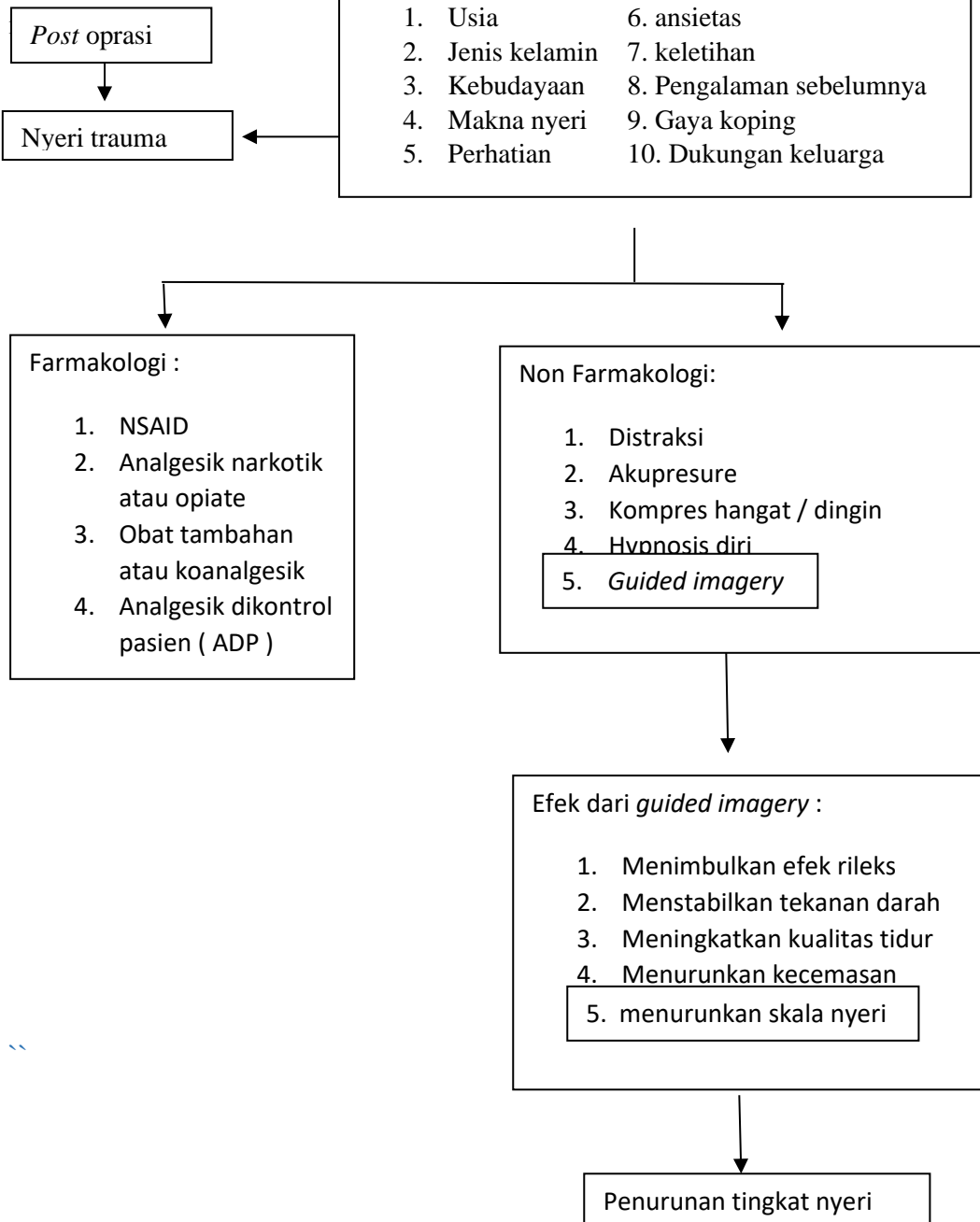
Penelitian sebelumnya oleh Rosida (2012) tentang pengaruh tehnik Relaksasi *Guided Imagery* terhadap intensitas nyeri pada pasien *post* operasi Laparatomi di RS. Dr Moewardi Surakarta pada pasien *post* operasi *laparatomy* sebanyak 16 responden dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh signifikan terhadap intensitas nyeri pada pasien sebelum dan sesudah di lakukan tindakan relaksasi *guided imagery*.

Penelitian sebelumnya oleh Chandra Kristianto (2013) tentang efektifitas tehnik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* terhadap penurunan nyeri pada pasien operasi *sectio caesar* di irina DBLU RSUP Prof.Dr.R.D. Kandou Manado. Tehnik pengambilan sample yaitu *Accidental sampling* dimana didapatkan sampel sebanyak 20 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tehnik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien *post* operasi *sectio caesarea* BLU RSUP Prof.Dr.R.D. Kandaou Manado.

2.3 Kerangka Teori

Gambar 2.5 kerangka teori

Intervensi untuk megaruh

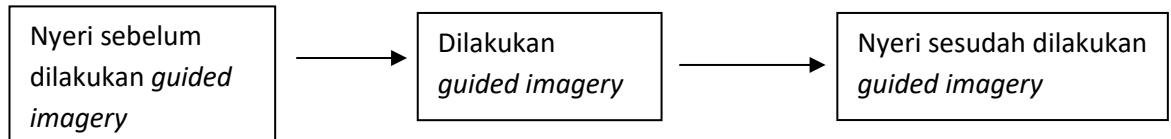


Sumber: Mohammad Judha & Sudarth (2012), Potter & Perry (2006).

2.4 Kerangka Konsep

Gambar 2.6 kerangka konsep

Pra intervensi intervensi *Post* intervensi



Hipotesis merupakan jawaban sementara dari pertanyaan penelitian. Biasanya hipotesis dirumuskan dalam hubungan antara dua variabel terikat. Hipotesis berfungsi untuk menentukan kearah pembuktian, artinya hipotesis ini merupakan pernyataan-pernyataan yang harus dibuktikan (Notoadmodjo,2018).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah

- 1) Ha: terdapat pengaruh *guided imagery* terhadap skala nyeri pada pasien *post* operasi.