

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep *Activity Daily Living* (ADL)

1. Definisi ADL

Suddart (2001) mengemukakan ADL adalah kegiatan melakukan aktivitas sehari-hari secara rutin. ADL merupakan aktivitas perawatan diri yang dilakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup individu. ADL adalah aktifitas yang berhubungan dengan rutinitas kehidupan sehari-hari yaitu meliputi perawatan diri secara mandiri dan pemenuhan dasar (Dewi, 2020).

ADL terdiri dari *basic* ADL atau tugas dasar dan instrumental kehidupan sehari-hari. Pada *basic* ADL atau tugas dasar mencakup mobilitas dan perawatan diri meliputi mandi, makan, berpakaian, berhias, berpindah, ke toilet, buang air kecil atau besar, aktivitas naik turun dari tempat tidur atau kursi dan menggunakan toilet. Kondisi yang memerlukan dalam pemenuhan ADL bersifat akut, kronis, temporer dan permanen (Potter, P.A., & Perry, 2006).

2. Klasifikasi ADL

Klasifikasi yang dikemukakan oleh Sugiarto (2005) antara lain:

- a. ADL dasar adalah kemampuan yang dimiliki individu untuk merawat diri sendiri meliputi mandi, makan, berpakaian, berhias, buang air kecil atau besar dan kemampuan mobilitas.
- b. ADL instrumental adalah pemenuhan ADL yang berkaitan dengan penggunaan alat untuk menunjang aktivitas sehari-hari meliputi menulis, menggunakan telephone, menyiapkan makanan dan mengelola uang.
- c. ADL vokasional adalah pemenuhan ADL untuk kepentingan pekerjaan seseorang.

- d. ADL non vokasional adalah pemenuhan ADL yang sifatnya rekresional untuk mengisi waktu luang misalnya hobi.

3. Faktor yang Memengaruhi ADL

Menurut Mlinac & Feng (2016) faktor-faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan ADL untuk melakukan aktivitas sehari-hari adalah sebagai berikut:

a. Usia

Usia akan mempengaruhi kemauan dan kemampuan seseorang untuk melakukan ADL, pasien yang berusia semakin tua akan memiliki perawatan ketergantungan yang tinggi.

b. Jenis kelamin

Dalam melakukan ADL baik pria maupun wanita tidak berbeda dalam kemampuan motorik ADL. Tetapi, terdapat usia yang signifikan berdasarkan efek interaksi jenis kelamin untuk kemampuan proses ADL. Wanita yang memiliki usia lebih muda memperoleh kemampuan proses ADL yang lebih tinggi dari pada pria yang memiliki usia lebih muda. Kemungkinan ini terjadi dikarenakan wanita lebih terampil dalam melakukan proses ADL atau mereka lebih mengenal dengan kegiatan instrumental dari kehidupan sehari-hari (IADL).

c. Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis berpengaruh terhadap partisipasi individu dalam pemenuhan ADL, contohnya pada system musculoskeletal akan berkoordinasi dengan system nervous agar dapat melakukan gerakan-gerakan, apabila system tersebut terganggu dapat mempengaruhi individu dalam melakukan ADL.

d. Kemampuan kognitif

Kemampuan manusia untuk melakukan aktivitas dasar dan berperan penting dalam menjaga kemandirian di kehidupan sehari-hari. Kemampuan kognitif adalah orientasi utama,

perhatian dan ingatan sebagian besar mencerminkan integritas neuroanatomis dan fisiologis otak. Fungsi kognitif dan motivasi merupakan prediktor kuat fungsional hasil dalam hal kegiatan sehari-hari.

e. Kemampuan motorik

Keterbatasan dalam gerak yang disebabkan oleh nyeri (Kozier et al., 2014) terutama disekitar luka operasi (Majid,2011). Perubahan fungsi fisik, emosional dan kemampuan fungsional juga memengaruhi kualitas hidup misalnya pada wanita yang telah menjalani perawatan kanker payudara. Keterampilan motorik dan kognitif berkontribusi dalam melaksanakan tugas-tugas kehidupan sehari-hari dan berhubungan langsung dengan kualitas hidup.

f. Kemampuan persepsi

Rasa ketakutan akan rasa nyeri setelah operasi dapat membatasi mobilitas seseorang, dimana hal ini akan membuat pasien untuk berbaring dan mempertahankan seluruh tubuh menjadi kaku, mengabaikan daerah pembedahan dan menyebabkan berkurangnya aktivitas (Attree & Merchant,1996).

g. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan memengaruhi perilaku seseorang untuk memahami mengenai pengetahuan post operasi. Dalam membentuk tindakan seseorang dibutuhkan adanya pengetahuan sedangkan perilaku didasari oleh pengetahuan dan kesadaran.

h. Kasus operasi

Kasus operasi yang membutuhkan mobilisasi post operasi untuk dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari yaitu operasi musculoskeletal seperti fraktur, kanker, digestif, urinaria dan abdomen. Diharapkan pada waktu tertentu yang sesuai dengan tahapan mobilisasi pasien sudah bisa bergerak dan berjalan tanpa

bantuan orang lain (Frayoga & Nurhayati, 2018). Apabila dalam rentang waktu tertentu yang seharusnya pasien sudah bisa mobilisasi tetapi tidak bisa bergerak dan berjalan serta masih membutuhkan bantuan dari orang lain, maka akan kesulitan dalam memenuhi aktivitas sehari-harinya.

4. Pengukuran ADL

Menurut Sugiarto (2005) skala pengukuran ADL berguna untuk mengukur status fungsional individu. Beberapa alat ukur yang digunakan untuk mengkaji ADL adalah sebagai berikut:

a. Indeks KATZ

Alat ukur atau instrumen untuk mengukur kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan ADL dibagi menjadi 6 (enam) yaitu, makan, mandi, toileting, kontinen (buang air kecil atau besar), berpindah, kekamar mandi dan berpakaian (Sholihuddin, 2018). Pengukuran indeks KATZ dengan cara pasien diberikan skor ya atau tidak untuk independensi dari masing-masing indikator. Penilaian menunjukkan fungsi penuh 6, menunjukkan gangguan sedang skor 4 dan kurang menunjukkan gangguan fungsional berat dengan skor 2.

b. Indeks Barthel

Indeks Barthel merupakan alat ukur untuk mengetahui derajat kemandirian individu. Pengkategorian indeks barthel dibagi menjadi 10 (sepuluh) bagian yaitu makan, mandi, berhias, berpakaian, bak dan bab, berpindah, bergerak, menggunakan kamar mandi dan menggunakan tangga. Masing-masing sub kategori diberikan penilaian yaitu 0,1,2,3 berdasarkan keterangan kategori yang dapat dilakukan oleh pasien.

c. *Care Dependency Scale* (CDS)

CDS merupakan alat ukur untuk menilai status ketergantungan perawatan pasien. Konsep CDS yaitu konsep dari ADL yang

lebih luas yaitu mencakup aspek fisik, psikologis dan sosial. CDS terdiri dari 15 item yang mengukur kebutuhan manusia yaitu, makan dan minum, kontinensia, postur tubuh, mobilitas, pola siang/malam, berpakaian dan melepaskan pakaian, suhu tubuh, kebersihan diri, menghindari bahaya, komunikasi, kontak dengan orang lain, rasa aturan dan nilai, kegiatan sehari-hari, aktivitas rekreasi dan kemampuan belajar (Dijkstra,2005 dalam (Kavuran & Turkoglu, 2018).

CDS adalah skala yang berasal dari perilaku yang diamati sehingga akurasi penilaian tergantung pada sejauh mana tenaga kesehatan terbiasa dengan fungsi terutama pada perawatan yang kebutuhan pasien. CDS menyediakan alat untuk menilai status ketergantungan perawatan pasien, dengan skala linkert 1-5 dengan kriteria sebagai berikut:

Tabel 2.1 Skor Penilaian CDS

Nilai 1	Diartikan pasien hampir semuanya bisa dilakukan tanpa bantuan.
Nilai 2	Diartikan pasien mempunyai beberapa batasan untuk bertindak mandiri, oleh karena itu hanya sampai batas tertentu tergantung pada perawatan dan bantuan
Nilai 3	Diartikan pasien ada pembatasan untuk bertindak secara independen, oleh karena itu hanya sampai batas tertentu tergantung pada perawatan dan bantuan.
Nilai 4	Diartikan pasien banyak pembatasan untuk bertindak secara mandiri, oleh karena itu sebagian besar tergantung pada perawatan dan bantuan.
Nilai 5	Diartikan pasien kehilangan semua inisiatif untuk bertindak, oleh karena itu pasien selalu membutuhkan perhatian dan bantuan.

Sumber : Kavuran & Turkoglu, 2018

Keterangan :

Skor minimal 15

Skor maksimal 75

Dengan interpretasi sebagai berikut:

15-24 : Tergantung Mandiri

25-44 : Agak Mandiri

45-59	: Sebagian Tergantung
60-69	: Sangat Tergantung
70-75	: Sepenuhnya Tergantung

B. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Menurut Mlinac & Feng (2016) terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi ADL pada seseorang, salah satunya yaitu kesehatan fisiologis. Kesehatan fisiologis ini mencakup partisipasi seseorang dalam pemenuhan ADL, contohnya seperti rasa nyeri hal tersebut dapat mempengaruhi individu dalam melakukan kegiatan ADL.

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang kurang menyenangkan dimana seseorang akan merasakan perasaan yang kurang nyaman disebabkan oleh kerusakan jaringan. Sedangkan post operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan dimulai saat pasien dipindahkan keruang pemulihan dan berakhir sampai pemeriksaan selanjutnya (Agustin et al., 2020).

Nyeri post operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan oleh tindakan operasi), tarikan atau regangan pada organ tubuh maupun penyakitnya seperti kanker, gangguan tulang belakang (Andika et al., 2019). Persentase pasien yang mengalami rasa sakit yang parah setelah operasi sulit untuk ditentukan, namun diperkirakan berada pada kisaran 20% - 40%.

Nyeri memengaruhi banyak aspek penting dalam kehidupan pasien termasuk tidur, toleransi latihan, ADL, aktivitas sosial, fungsi seksual dan status pekerjaan. Beberapa kamus mendefinisikan nyeri sebagai “sensasi yang tidak menyenangkan”, terjadi dalam beberapa tingkat keparahan sebagai akibat dari cedera, penyakit atau gangguan emosi.

Menurut Horald Merskey (1995) seorang ahli psikiater, nyeri merupakan rasa indrawi dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi untuk rusak atau juga dapat tergambar seperti adanya kerusakan jaringan.

Nyeri merupakan fenomena *multidimensional* sehingga sulit untuk didefinisikan. Nyeri merupakan pengalaman personal dan bersifat subjektif, dimana tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dengan pola yang sama atau identik. Nyeri biasanya dikaitkan dengan beberapa jenis kerusakan jaringan yang merupakan tanda peringatan. *International Association for the Study of Pain (IASP)* memberikan definisi medis nyeri sebagai pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual maupun potensial atau dapat digambarkan sebagai kerusakan yang sama. Margo McCaffery, mendefinisikan nyeri sebagai segala sesuatu yang dikatakan oleh individu yang merasakan nyeri ketika individu tersebut mengatakan ada. Berdasarkan beberapa pengertian nyeri diatas, data ditarik kesimpulan bahwa nyeri merupakan respon dari tubuh akibat adanya kerusakan jaringan, dimana nyeri ini bersifat subjektif.

Nyeri adalah sensasi subjektif rasa yang tidak nyaman yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial. Ketika suatu jaringan mengalami cedera atau kerusakan mengakibatkan dilepasnya bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamine, ion kalium, bradikinin, prostaglandin dan substansi P yang akan mengakibatkan respon nyeri. nyeri juga dapat disebabkan oleh stimulus mekanik seperti pembengkakan jaringan yang menekan pada reseptor nyeri (Potter & Perry, 2009).

2. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Suwondo et al., 2017) nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronik dimana penjelasannya adalah sebagai berikut:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan respon biologis yang normal terjadi pada seseorang dimana nyeri tersebut merupakan sinyal adanya kerusakan jaringan misalnya nyeri pasca operasi dan nyeri pasca trauma musculoskeletal. Nyeri akut biasanya berlangsung kurang dari 3 bulan. Biasanya disebabkan oleh aktivasi nosiseptor dan memiliki onset yang tiba-tiba, seperti nyeri insisi setelah operasi. Nyeri akut tergolong dalam nyeri yang dianggap memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pasca operasi yang biasanya akan menghilang jika luka telah sembuh. Nyeri akut biasanya bersifat *reversible* atau bisa dikontrol menggunakan pengobatan yang adekuat.

Individu yang mengalami nyeri akut biasanya tidak akan mengalami traumatis karena sifat nyeri yang terbatas, seperti nyeri pasca persalinan, ketika nyeri reda individu akan kembali ke status sebelum mengalami nyeri. Namun nyeri akut memiliki banyak efek yang tidak diinginkan pada pasien diluar ketidaknyamanan pengalaman sensorik itu sendiri, seperti depresi, gangguan tidur, kehilangan produktivitas ditempat kerja, respon stress metabolik dan peningkatan aktivitas simpatis. Nyeri akut mungkin disertai respon fisik yang dapat diobservasi, seperti:

- 1) Peningkatan atau penurunan tekanan darah
- 2) Takikardi
- 3) Diaphoresis
- 4) Takipnea
- 5) Fokus pada nyeri
- 6) Melindungi bagian yang nyeri

Respon kardiovaskuler dan pernafasan merupakan akibat dari stimulasi system saraf simpatis sebagai bagian dari respon *fight or flight*. Respon ini seringkali diinterpretasikan sebagai bukti positif nyeri seseorang. Interpretasi seperti ini tidak reliable karena respon simpatis ini bersifat sementara dan mungkin tidak terlihat pada klien yang mengalami nyeri akut secara kontinu. Nyeri akut yang tidak terkontrol memiliki efek pada aktivitas pasien seperti aktivitas makan, minum, ambulasi dan keluar dari rumah sakit. Nyeri akut yang tidak teratasi akan memicu status nyeri kronis.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Nyeri seperti ini sering kali tidak menunjukkan abnormalitas baik secara fisik maupun indikator-indikator klinis lain seperti laboratorium dan pencitraan. Nyeri kronik dapat dimulai sebagai nyeri akut atau penyebabnya dapat sangat tersembunyi sehingga individu tersebut tidak mengetahui secara pasti kapan nyeri tersebut pertama kali muncul. Lamanya nyeri kronis dihitung berdasarkan nyeri yang dirasakan dalam hitungan bulan atau tahun, bukan menit atau jam.

Dalam praktek klinis nyeri kronik dibagi menjadi dua tipe yaitu nyeri kronik tipe maligna (nyeri kanker) dan nyeri kronik tipe non maligna (arthritis kronik, nyeri neuropatik, nyeri kepala dan nyeri punggung kronik). Klien dengan nyeri kronis mungkin mengalami nyeri yang bersifat lokal atau menyebar serta terasa saat disentuh, beberapa terasa nyeri dititik yang dapat di prediksi, namun hanya disertai sedikit temuan fisik. Individu yang mengalami nyeri kronik biasanya mengeluhkan perasaan lemah, gangguan tidur dan keterbatasan fungsi.

3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Menurut Black & Hawks (2014) terdapat beberapa faktor-faktor yang memengaruhi nyeri yaitu:

a. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri, karena nyeri tersebut kita yang merasakan dan kita yang menginterpretasikannya. Persepsi nyeri antara individu satu dengan yang lain akan berbeda, karena kapasitas seseorang dalam menyikapi tingkat nyeri berbeda-beda. Persepsi tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik, namun dapat juga berasal dari stimulus fisik dan faktor psikologis dapat mempengaruhi pengalaman kita terhadap nyeri.

Beberapa ahli setuju bahwa faktor-faktor yang memengaruhi persepsi nyeri seseorang adalah kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan, arti dibalik situasi saat terjadinya cedera. Fungsi kognitif seperti distraksi juga memberikan pengaruh pada tingkat kegawatan dan kualitas pengalaman nyeri. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh toleransi individu pada nyeri, untuk memahami toleransi pada nyeri, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri. Batas nyeri merupakan intensitas terendah dari stimulus menyakitkan yang dapat bervariasi tergantung pada faktor fisiologis (seperti inflamasi atau cedera didekat reseptor nyeri). Toleransi nyeri merupakan durasi atau intensitas nyeri yang dapat ditahan oleh individu. Toleransi tiap individu berbeda-beda, beberapa individu memiliki toleransi yang tinggi terhadap nyeri dengan kata lain mereka dapat mentoleransi nyeri tanpa disertai stress. Sebaliknya terdapat individu yang memiliki toleransi yang rendah terhadap nyeri. Faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi toleransi nyeri seseorang diantaranya mual, kelemahan, kemampuan koping, input sensori dan modifikasi genetik.

Aspek lain yang dapat memengaruhi persepsi individu terhadap nyeri adalah pengalaman masa lalu dengan nyeri, harapan terkait pengalaman baru terhadap nyeri mungkin didasari oleh pengalaman nyeri sebelumnya.

b. Sosiobudaya

Ras, budaya dan etnik merupakan faktor penting dalam respon individu terhadap nyeri. Individu dari budaya yang berbeda memiliki cara yang berbeda dalam menghadapi nyeri.

c. Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri yang dialami oleh seseorang. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal-hal tersebut mengindikasikan diagnosa yang buruk. Nyeri juga berarti kelemahan, kegagalan atau kehilangan control bagi orang dewasa.

d. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadi faktor yang signifikan dalam respon nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Dibeberapa budaya di Amerika Serikat, pria diharapkan lebih jarang mengekspresikan nyeri dibandingkan dengan wanita. Hal ini bukan berarti bahwa pria tidak merasakan nyeri, hanya saja pria jarang memperlihatkan hal tersebut.

e. Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang dapat memengaruhi respon mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, maka individu mungkin akan dapat menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Namun jika penyebabnya tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis yang dapat mempengaruhi respon nyeri, seperti rasa ketakutan dan kecemasan yang akan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan.

Jika pengalaman nyeri tersebut diartikan negative maka nyeri yang dirasakan akan semakin intens dibandingkan dengan nyeri yang dirasakan disituasi dengan hasil yang positif.

f. Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami oleh individu juga mungkin dapat mempengaruhi respon terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering dikaitkan dengan pengertian atas nyeri, jika penyebab nyeri tidak diketahui maka ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

g. Pengalaman Sebelumnya mengenai Nyeri

Pengalaman seseorang terhadap nyeri mempengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negative dengan nyeri di masa lalu dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri. Sebaliknya, seseorang mungkin melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya. Bukan berarti semakin sering mengalami nyeri, semakin terbiasa dengan nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya membuat seseorang mengadopsi mekanisme koping yang bisa digunakan pada episode nyeri berikutnya.

h. Harapan

Harapan klien mempengaruhi persepsi terhadap nyeri dan efektifitas intervensi untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Tingkat keparahan nyeri yang dialami, selain kualitas emosional dan kognitif yang dihasilkan oleh pengalaman, dipengaruhi juga oleh harapan klien. Harapan positif menghasilkan hasil yang positif, sedangkan harapan negative cenderung akan menghasilkan hasil yang negative. Dengan kata lain keyakinan seseorang terhadap nyeri dapat mempengaruhi derajat turun naiknya nyeri yang dirasakan.

Menurut PAMI (2016) *Pain Assesment and Management Initiative* (PAMI) terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi respon seseorang terhadap nyeri yaitu:

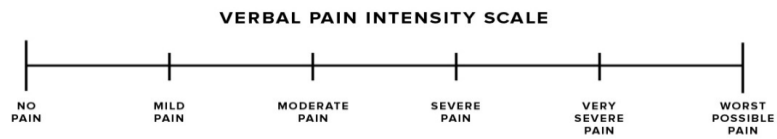
- Usia
- Jenis kelamin
- Sosioekonomi dan factor psikis
- Suku atau budaya dan agama
- Genetic
- Pengalaman sebelumnya
- Persepsi

4. Intensitas Nyeri

Terdapat beberapa metode yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. Keluhan nyeri merupakan keluhan yang bersifat subjektif sehingga hanya dapat dibandingkan dengan keluhan nyeri sendiri dalam sebuah periode waktu, dengan kata lain keluhan nyeri seseorang tidak dapat dibandingkan dengan keluhan nyeri yang disampaikan oleh individu lainnya. Skala nyeri yang sering dimanfaatkan untuk melaporkan tingkatan nyeri yang dialami pasien yaitu:

a. *Verbal Descriptor Scale* (VDS)

VDS atau skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala deskriptif verbal VDS merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga bagian disepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangkai dari “tidak terasa nyeri” hingga “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien dengan skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri yang ia rasakan (Rinjani, 2020).

Gambar 2.1 *Verbal Descriptor Scale*

Sumber: (Potter, P.A., & Perry, 2010)

b. *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

Wong-Baker Faces Pain Rating Scale cocok untuk digunakan pada pasien dewasa dan anak-anak dengan usia >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan nyeri menggunakan angka (Suwondo et al., 2017). Caranya yaitu dengan menunjuk 1 wajah yang terdapat dalam gambar untuk menggambarkan intensitas nyeri. Minta klien memilih wajah untuk mencerminkan nyeri yang dirasakan dan catat angka yang tepat (Potter, P.A., & Perry, 2010)

Gambar 2.2 Wong Baker Face Rating Scale

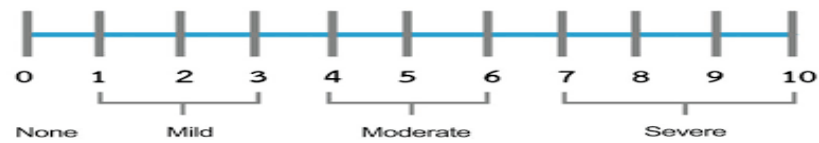


Sumber:(Lawson et al., 2021)

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

NRS atau skala *numeric* dianggap lebih sederhana dan mudah untuk dimengerti. Biasanya NRS lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Merdekawati et al., 2019).

Gambar 2.3 Numeric Rating Scale (NRS)



Sumber : (Potter, P.A., & Perry, 2006)

Keterangan:

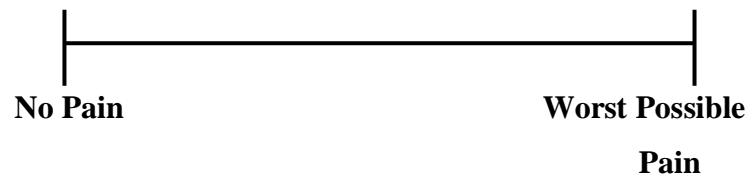
- Nilai 0 : Tidak nyeri
- Nilai 1-3 : Nyeri ringan
- Nilai 4-6 : Nyeri sedang
- Nilai 7-10 : Nyeri berat

d. Skala *Analog Visual* (VAS)

Skala VAS merupakan metode pengukuran skala linier yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami oleh seorang pasien, menilai nyeri dengan skala kontinu terdiri dari garis horizontal, pengukuran dilakukan dengan menganjurkan klien untuk memberikan tanda pada garis lurus yang telah disediakan dan memberikan tanda titik dimana skala nyeri klien dirasakan. Kemudian diinterpretasikan dengan penggaris (Merdekawati et al., 2019).

Manfaat utama VAS adalah penggunaannya yang mudah dan sederhana, namun pada kondisi pasien kurang kooperatif misalnya nyeri yang sangat berat atau periode pasca bedah, VAS seringkali sulit dinilai karena koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi pasien terganggu. VAS pada umumnya digunakan pada anak usia > 8 tahun dan dewasa. Skala ini banyak digunakan untuk mengukur tingkat nyeri kanker dan nyeri non kanker untuk menilai nyeri dan bagaimana dampaknya pada kehidupan pasien (Suwondo et al., 2017).

Gambar 2.4 Visual Analog Scale



Sumber : (Potter, P.A., & Perry, 2010)

C. Konsep Pembedahan

1. Definisi Pembedahan

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan dengan prosedur invasive, dengan tahapan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh yang akan dilakukan tindakan pembedahan pada umumnya dilakukan dengan membuat sayatan, setelah bagian yang akan ditangani terlihat, maka akan dilakukan perbaikan dengan penutupan dan penjahitan luka. Pembedahan dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cacat atau cedera serta mengobati kondisi yang tidak mungkin disembuhkan dengan tindakan atau obat-obatan sederhana (A.Potter, P.A., & Perry, 2015).

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang digunakan untuk menyelamatkan nyawa pasien, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun, demikian operasi atau pembedahan yang dilakukan dapat menyebabkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa pasien. Terdapat tiga faktor penting dalam pembedahan yaitu, penyakit pasien, jenis pembedahan dan pasien itu sendiri. Bagi pasien tindakan pembedahan atau operasi merupakan hal yang menakutkan, maka dari itu sangatlah penting dalam melibatkan pasien dalam setiap proses pre operatif.

2. Indikasi Pembedahan

Beberapa indikasi pasien yang dilakukan tindakan pembedahan diantaranya ialah:

- a) Diagnostik :Biopsy atau laparatomi eksploitasi
- b) Kuratif :Eksisi tumor atau pengangkatan apendik yang mengalami inflamasi
- c) Reparative :Memperbaiki luka *multiple*
- d) Rekonstruksi :Mamaoplasti atau bedah plastic
- e) Paliatif :Menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah seperti pemasangan selang gastronomi yang digunakan untuk kompensasi ketidakmampuan menelan makanan.

3. Klasifikasi Pembedahan

Tindakan pembedahan berdasarkan urgensinya dibagi menjadi lima tingkatan, yaitu:

a) Kedaruratan/*Emergency*

Pasien membutuhkan tindakan segera yang memungkinkan mengancam jiwa. Indikasi pembedahan yang tidak dapat di tunda seperti, perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk dan luka bakar yang sangat luas.

b) *Urgent*

Pasien membutuhkan penanganan segera. Pembedahan dalam kondisi *urgent* dapat dilakukan dalam 24-30 jam, misalnya infeksi kandung kemih akut, batu ginjal dan batu ureter.

c) Elektif

Pembedahan yang dilakukan secara terencana dalam waktu beberapa minggu atau bulan, misalnya pada kasus *hyperplasia prostate* tanpa adanya obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid dan katarak.

d) Efektif

Pasien harus dioperasi saat memerlukan tindakan pembedahan. Indikasi pembedahan, bila tidak dilakukan maka tidak terlalu membahayakan, seperti perbaikan *caesar*, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.

e) Keputusan

Indikasi pembedahan merupakan pilihan dan keputusan pribadi yang biasanya berkaitan dengan estetika, seperti bedah kosmetik.

Menurut faktor resikonya, pembedahan diklasifikasikan menjadi bedah minor dan bedah mayor, hal ini tergantung pada keparahan penyakit, bagian tubuh yang terkena, tingkat kerumitan pembedahan dan lamanya waktu pemulihan setelah operasi.

a) Bedah Minor

Bedah minor atau operasi kecil merupakan operasi yang paling sering dilakukan di rawat jalan dan pasien yang menjalani bedah minor dapat di pulangkan pada hari yang sama.

b) Bedah Mayor

Bedah mayor atau operasi besar adalah operasi yang penetrates dan exposes semua anggota badan, termasuk tengkorak, pembedahan tulang atau kerusakan yang signifikan dari anatomis atau fungsi faal. Operasi besar meliputi pembedahan kepala, leher, dada dan perut. Waktu pemulihan yang dibutuhkan cukup lama dan memerlukan perawatan yang intensif dalam beberapa hari di rumah sakit. Pembedahan ini memiliki komplikasi yang lebih tinggi setelah pembedahan. Operasi besar sering melibatkan salah satu badan utama seperti di perut *canvities (laparotomy)*, didada (*thoracotomy*), tengkorak (*crabiotomy*) dan dapat juga pada organ vital. Operasi yang biasanya dilakukan dengan menggunakan anastesi umum di rumah sakit. Setidaknya pasien menjalani perawatan satu malam di rumah sakit setelah operasi.

Operasi besar biasanya membawa beberapa derajat resiko bagi pasien hidup atau pasien dengan potensi cacat parah jika terjadi suatu kesalahan saat operasi (Virginia,2019).

D. Penelitian Terkait

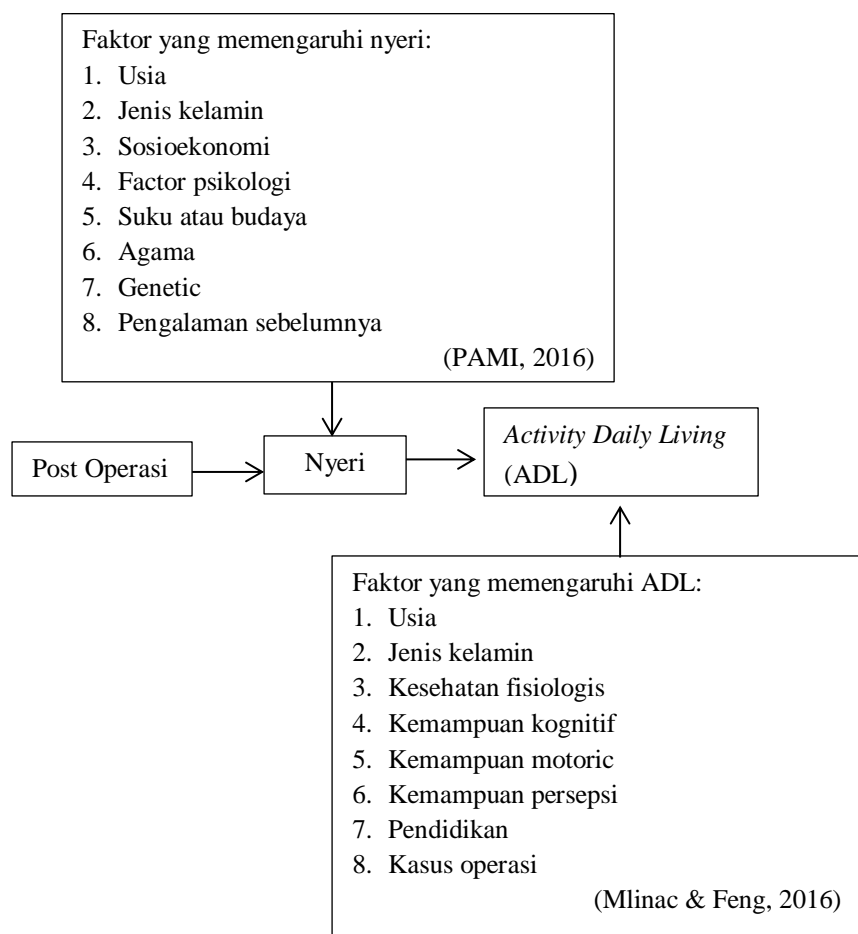
Penelitian (Andi et al.,2020) dengan judul penelitian nyeri pada pasien *post op* fraktur ekstremitas bawah dengan pelaksanaan mobilisasi dini dan ambulasi dini. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pelaksanaan mobilisasi dan ambulasi dini dengan nyeri pada pasien *post op* fraktur ekstremitas bawah. Uji statistic yang digunakan adalah uji *chi-square* dengan nilai (ρ value = 0,000). Penelitian ini menggunakan jenis penelitian survey analitik dengan metode *cross sectional*, yaitu dengan cara pengumpulan data sekaligus dalam satu waktu. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien *post op* fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dengan jumlah sampel sebanyak 35 orang (Andi et al., 2020).

Penelitian (Syarifah et al.,2018) dengan judul penelitian hubungan tingkat nyeri luka operasi dengan mobilisasi dini pada ibu *post section caesarea* di pavilion melati RSUD Jombang. Desain pada penelitian ini menggunakan analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, besar sampel yang digunakan adalah 34 responden. Teknik sampling menggunakan *Purpusive Sampling*, data analisis menggunakan uji statistik *spearman Rank*. Hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden dengan nyeri sedang mempunyai mobilisasi dini cukup yaitu sebanyak 13 orang (72,2%). Hasil uji statistik didapatkan $\rho=0,002 < \alpha =0,05$ dan koefisien korelasi = 0,015. Artinya ada hubungan “sedang” antara variable independen dengan variable dependen sehingga H1 diterima dan H0 ditolak (Syarifah et al., 2018)

Penelitian (Dewi et al., 2022) dengan judul penelitian gambaran ADL pada pasien post operasi. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan metode pengambilan sample menggunakan teknik

consecutive sampling. Jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 57 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Pengambilan data menggunakan kuesioner CDS. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden memiliki ADL sebagian tergantung (56,1%). Untuk kategori ADL sangat tergantung sebanyak (31,6%) dan sepenuhnya tergantung sejumlah (1,8%), sedangkan agak mandiri sebanyak (7%) dan mandiri (3,5%)

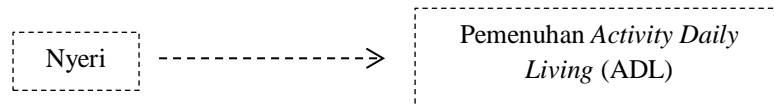
E. Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori

Sumber: PAMI (2016) dan Mlinac & Feng (2016)

F. Kerangka Konsep

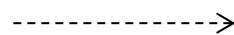


Gambar 2.6 kerangka Konsep

Keterangan :



: Variabel yang diteliti



: Hubungan Antar Variabel

G. Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu kesimpulan sementara atau jawaban sementara dari suatu penelitian. Hipotesis berfungsi untuk menentukan kearah pembuktian, yang artinya hipotesis merupakan pernyataan yang harus dibuktikan (Notoatmodjo, 2018). Hipotesis penelitian ini adalah:

Ha : Ada hubungan tingkat nyeri dengan pemenuhan *activity daily living (ADL)* pada pasien post operasi.