

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau dijelaskan dalam hal kerusakan tersebut (Lellan, 2006). Association for the study of pain menyatakan nyeri merupakan pengalaman emosional dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul dari kerusakan jaringan secara aktual atau potensial atau menunjukkan adanya kerusakan. Menurut Maryunani (2010) nyeri dapat dijelaskan lebih lanjut sebagai suatu yang kompleks, individual, dan fenomena multi faktor, yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu fisiologis, biologis, sosiokultural dan ekonomis.

Adapun definisi terbaru yang dibuat oleh International Association for the Study of Pain (IASP), yaitu nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan, atau menyerupai yang terkait dengan, kerusakan jaringan aktual atau potensial (IASP, 2021).

2. Perjalanan Nyeri

Saat informasi nyeri sampai di otak, sinyal tersebut tidak berhenti berproses, namun beberapa sinyal menuju korteks motorik kemudian turun melalui spinal kord menuju saraf motorik. Impuls ini menyebabkan kontraksi otot menuju tangan atau bagian tubuh mana pun yang mengalami stimulasi nyeri (Maryunani, 2010).

Otak juga dapat memengaruhi persepsi nyeri yang dapat dibuktikan dengan adanya hal berikut :

- a. Nyeri akibat luka potongan pada tangan dengan cepat dapat mengalami penurunan intensitas.

- b. Jika kita melakukan distraksi maka kita tidak akan memikirkan nyeri dan nyeri yang kita rasakan itu akan berkurang.
- c. Penggunaan placebo dapat menurunkan rasa nyeri seseorang.

Penghantaran nyeri secara desenden dimulai pada bagian korteks somatosensori (yang disalurkan menuju thalamus) dan hypothalamus. Saraf thalamus menurun menuju mid brain (otak tengah) kemudian membentuk sinaps dengan jalur nyeri asenden dalam medulla dan spinal cord dan menghambat sinyal saraf asenden. Hal ini menyebabkan terbentuknya analgesik alami tubuh yang disebabkan oleh stimulasi opiate neurotransmitter penurun nyeri, seperti endhopin, dynorphin dan ankephalin.

Sinyal nyeri dapat dihentikan oleh sistem saraf otonom saat mereka melalui medulla dan dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi pernapasan, dan produksi keringat. Reaksi ini tergantung pada intensitas nyeri yang dirasakan dan dapat menyebabkan depresi otak pusat pada korteks (Maryunani, 2010).

3. Mekanisme Nyeri

a. Teori Gerbang Kendali (*Gate Control Theory*)

Teori *Gate-Control* Mezzack dan Wall dalam Potter & Perry (2012), teori pertama yang menjelaskan bahwa nyeri memiliki komponen emosional dan kognitif serta sensasi secara fisik. Mereka juga mengusulkan bahwa mekanisme “gerbang” yang berkolasi di sepanjang sistem saraf pusat dapat mengatur atau menghambat implus-impuls nyeri. Teori ini mengatakan bahwa implus-omplus nyeri akan melewati gerbang dalam posisi terbuka dan akan menghentikan ketika gerbang ditutup.

Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensoris dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses

pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk menghantarkan impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan.

Diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seseorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta-A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri.

Alur saraf dosenden melepaskan opiate endogen, seperti endorphin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P (Potter & Perry, 2009)

b. Teori Spesifitas

Bagian tertentu dari sistem saraf berperan dalam membawa nyeri dari reseptor nyeri ke pusat nyeri di sistem saraf pusat. Sejumlah serabut saraf yang hanya (atau secara maksimal) mengadakan respons terhadap stimulus yang berada dalam kisaran noksius. Namun, keberadaan apa yang dinamakan sistem nyeri itu sendiri tidak bisa menerangkan dengan baik semua tampilan nyeri klinik maupun eksperimental.

Nyeri alih (lokasi nyeri sering salah ditentukan) dan nyeri patologik (misalnya neuralgia trigeminus yang timbul hanya oleh stimulus noksius ringan) serta efek faktor emosi dan motivasional masih memerlukan penjelasan. Penjelasan yang terbaik mencakup mekanisme seperti sumasi (*summation*) dan inhibisi yang bekerja pada

pada suatu gerbang (*gate*) yang mengendalikan perjalanan masukan yang potensial menimbulkan nyeri (Walton dan Torabinejad, 2008).

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri, diantaranya :

a. Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata juga mengalami kesulitan dalam mengungkapkan nyeri yang dialami, takut akan tindakan keperawatan yang harus diterima nantinya (Potter and Perry, 2006).

Pada pasien lansia, perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung. Nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gangguan abdomen. Sebagai lansia terkadang pasrah terhadap hal menganggap bahwa hal tersebut merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bias dihindari.

b. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seseorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Akan tetapi dari penelitian

memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri.

Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri pada percobaan binatang, sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/sensitivitas terhadap nyeri. Pada manusia lebih kompleks, dipengaruhi oleh personal, social, budaya dan lain-lain (Nugroho, 2010).

c. Budaya

Mengenali nilai-nilai budaya yang dimiliki seseorang dan memahami nilai-nilai ini berbeda dari nilai-nilai kebudayaan lainnya membantu untuk menghindari mengevaluasi perilaku pasien berdasarkan harapan dan nilai budaya seseorang.

Perawat yang mengetahui perbedaan budaya akan mempunyai pemahaman yang lebih besar tentang nyeri pasien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri dan respon-respon perilaku terhadap nyeri juga efektif dalam menghilangkan nyeri pasien (Smeltzer and Bare, 2013).

d. Ansietas

Meskipun pada umumnya diyakini bahwa ansietas akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stress praoperatif menurunkan nyeri saat pasca operatif. Namun, ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri.

Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Smeltzer & Bare, 2013)

e. Pengalaman Masa Lalu dengan Nyeri

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghindarkan nyeri (Potter & Perry, 2006).

f. Efek Placebo

Efek placebo terjadi ketika seseorang berespon terhadap pengobatan atau tindakan lain karena sesuatu harapan bahwa pengobatan tersebut benar-benar bekerja. Menerima pengobatan atau tindakan saja sudah merupakan efek positif.

Harapan positif pasien tentang pengobatan dapat meningkatkan keefektifan medikasi atau intervensi lainnya. Seringkali makin banyak petunjuk yang diterima pasien tentang keefektifan intervensi, makin efektif intervensi tersebut nantinya. Individu yang diberitahu bahwa suatu medikasi diperkirakan dapat meredakan nyeri hampir pasti akan mengalami peredaan nyeri dibanding dengan pasien yang diberitahu bahwa medikasi yang didapatnya tidak mempunyai efek apapun. Hubungan pasien perawat yang positif dapat juga menjadi peran yang penting dalam meningkatkan efek placebo (Smeltzer & Bare, 2013).

g. Keluarga dan Support Sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam

keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman-teman mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Potter & Perry, 2006).

h. Pola koping

Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara teus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri.

Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang (Potter & Perry, 2006).

5. Penatalaksanaan Nyeri

a. Penatalaksanaan Nyeri Secara Farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/ obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), obat-obat adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan

pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada klien yang mengalami gangguan pernapasan (Berman, et al. 2009).

Nonopiat (analgesik non-narkotik) termasuk obat AINS seperti aspirin dan ibuprofen. Nonopiat mengurangi nyeri dengan cara bekerja di ujung saraf perifer pada daerah luka dan menurunkan tingkat mediator inflamasi yang dihasilkan di daerah luka. (Berman, et al. 2009). Analgesik adjuvans adalah obat yang dikembangkan untuk tujuan selain penghilang nyeri tetapi obat ini dapat mengurangi nyeri kronis tipe tertentu selain melakukan kerja primernya. Sedatif ringan atau obat penenang, sebagai contoh, dapat membantu mengurangi spasme otot yang menyakitkan, kecemasan, stres, dan ketegangan sehingga klien dapat tidur nyenyak. Antidepresan digunakan untuk mengatasi depresi dan gangguan alam perasaan yang mendasarinya, tetapi dapat juga menguatkan strategi nyeri lainnya (Berman, et al. 2009).

b. Penatalaksanaan Nyeri Secara Non Farmakologi

1) Stimulasi dan Masase Kutaneus.

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot (Smeltzer dan Bare, 2013).

2) Terapi Es dan Panas

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas

mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Baik terapi es maupun terapi panas harus digunakan dengan hati-hati dan dipantau dengan cermat untuk menghindari cedera kulit (Smeltzer dan Bare, 2013).

3) Transcutaneous Electric Nerve Stimulation

Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat digunakan baik untuk nyeri akut maupun nyeri kronis (Smeltzer dan Bare, 2013).

4) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian pada nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri.

Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer dan Bare, 2013).

5) Teknik Relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat

membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer dan Bare, 2013).

6) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan (Smeltzer dan Bare, 2012).

7) Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu (Smeltzer dan Bare, 2013).

6. Klasifikasi Nyeri

Definisi nyeri yang telah dibahas sebelumnya memberikan pengertian yang luas tentang istilah nyeri yang dapat digunakan untuk mencakup banyak segi dari fenomena yang sama. Nyeri diklasifikasikan dalam beberapa cara menurut jenis nyeri, sumber nyeri, dan kecepatan transmisi sinyal saraf atau masalah/nyeri terkait (Lellan, 2006).

a. Kategori Nyeri

- 1) Nyeri akut mereda saat penyembuhan terjadi, yaitu memiliki akhir yang dapat diprediksi dan durasinya singkat, biasanya kurang dari enam bulan. Nyeri akut sering berarti nyeri hebat yang tiba-tiba. Contohnya adalah nyeri pascaoperasi yang dirasakan setelah operasi.

- 2) Nyeri kronis berlangsung lama. Ini adalah rasa sakit yang bertahan melebihi fase penyembuhan dari proses penyakit. Contohnya adalah nyeri punggung bawah yang bertahan lebih dari 3-6 bulan.

b. Sumber Nyeri

Sumber atau tempat nyeri memberikan klasifikasi yang lain. Sumber nyeri memengaruhi sejumlah reaksi tubuh terhadap nyeri.

- 1) Nyeri kulit (cutaneous pain) dihasilkan oleh stimulasi reseptor nyeri di kulit, Ini dapat dilokalisasi secara akurat karena sejumlah besar reseptor di kulit. Contohnya adalah rasa sakit akibat luka bakar tingkat pertama.
- 2) Nyeri somatik (somatic pain) dihasilkan oleh stimulasi reseptor nyeri di struktur dalam, yaitu otot, tulang, sendi, tendon, ligamen. Tidak seperti nyeri kulit, nyeri somatik tumpul, intens, dan berkepanjangan. Contohnya adalah rasa sakit yang disebabkan oleh patah tulang pergelangan kaki.
- 3) Nyeri visceral (visceral pain) adalah yang dihasilkan oleh stimulasi reseptor nyeri di visera. Noreseptor visceral terletak di dalam organ tubuh dan rongga internal. Ini kurang terlokalisasi dan sering menyebar ke tempat lain. Contohnya, nyeri jenis ini adalah iskemia miokard yang sering dirasakan pada lengan kiri atas atau bahu.

c. Kecepatan Transmisi Sinyal Saraf

- 1) Nyeri cepat (fast pain) ditransmisikan oleh serat A-delta. Ini terjadi sangat cepat, biasanya dalam waktu 0,1 detik setelah stimulus diterapkan dan tidak terasa di jaringan tubuh yang lebih dalam. Jenis rasa sakit ini juga dikenal sebagai rasa sakit yang tajam, cepat, dan rasa sakit menusuk. Contohnya adalah rasa sakit yang dirasakan akibat tusukan jarum atau pisau yang tersayat pada kulit.

- 2) Nyeri lambat (slow pain) ditransmisikan oleh serat C. Serabut C membutuhkan waktu sedikit lebih lama dari serabut A-delta untuk mentransmisikan rasa sakit dan berakhir di arca yang luas dari batang otak serta talamus. Sinyal nyeri lambat ini tidak diteruskan ke korteks somatosensori dan sulit dilokalisasi. Contoh dari jenis ini adalah sakit gigi.

d. Nyeri Lainnya

Ada rasa sakit lain atau masalah terkait yang tidak cocok dengan klasifikasi di atas, tetapi penting untuk dipahami.

- 1) Nyeri tungkai phantom (phantom limb pain) adalah sensasi nyeri dari anggota tubuh yang tidak ada atau sebuah pengalaman yang kadang-kadang dibahas oleh orang yang diamputasi atau lumpuh.
- 2) Nyeri neuropathic (neuropathic pain) atau neuralgia dapat terjadi sebagai akibat dari cedera atau penyakit pada jaringan saraf itu sendiri. Contoh ini mungkin sakit saraf trigeminal. Adapun klasifikasi tersebut dapat digambarkan seperti berikut.

7. Nyeri Post Operasi

Nyeri pasca bedah merupakan nyeri akut yang diakibatkan oleh cedera jaringan dan pembengkakan jaringan akibat pembedahan (Strode, 2009). Dalam artikel dr. Dewi Kusumawati, Sp.An., KIC (2014) menyebutkan Nyeri Pasca Operasi (NPO) adalah suatu reaksi kompleks tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan proses operasi), tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh, maupun penyakitnya (misal kanker, gangguan tulang belakang, dll). Keluhan yang timbul merupakan gabungan respons fisik, emosi maupun otonom, bagi pasien seringkali merupakan sesuatu yang paling dikhawatirkan bila akan menjalani suatu operasi.

Nyeri pasca bedah merupakan salah satu permasalahan yang menyertai proses operasi dan sampai saat ini masih merupakan tantangan

bagi seluruh tim operasi. Nyeri sering ditangani secara kurang adekuat. Nyeri tetap dapat bertahan lama meskipun telah terjadi penyembuhan jaringan. Penanganan nyeri yang kurang adekuat merupakan tindakan yang kurang manusiawi serta dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Penanganan nyeri pasca bedah yang adekuat dan efektif memberikan keuntungan antara lain pasien merasa nyaman sehingga meningkatkan kepuasan pasien, mobilisasi bisa lebih dini, menurunkan *deep vein thrombosis*, pemulihan lebih cepat dan pada akhirnya akan mengurangi biaya perawatan.

8. Intensitas Nyeri dan Pengukuran Skala Nyeri

Indikator adanya dan intensitas nyeri yang paling penting adalah laporan tentang nyeri itu sendiri. Namun demikian, intensitas nyeri juga dapat ditentukan dengan berbagai macam cara.

Salah satu caranya adalah dengan menanyakan pada pasien untuk menggambarkan nyeri atau rasa tidak nyamannya (Maryunani, 2010).

a. Pola Nyeri (*Pattern of Pain*)

Pola nyeri meliputi waktu terjadinya nyeri, durasi, dan interval tanpa nyeri. Oleh karena itu, petugas kesehatan dapat menentukan kapan nyeri mulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri ini berulang, dan jika iya, lamanya interval tanpa nyeri, dan kapan nyeri terakhir terjadi. Pola nyeri diukur dengan menggunakan kata - kata (verbal).

b. Area Nyeri (*Area of Pain*)

Area nyeri adalah tempat pada tubuh dimana nyeri terasa. Petugas kesehatan dapat menentukan lokasi nyeri dengan menanyakan pada pasien untuk menunjukkan area nyeri pada tubuh.

c. Intensitas Nyeri (*Intensity of Pain*)

Intensitas nyeri adalah jumlah, nyeri yang terasa. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala nyeri.

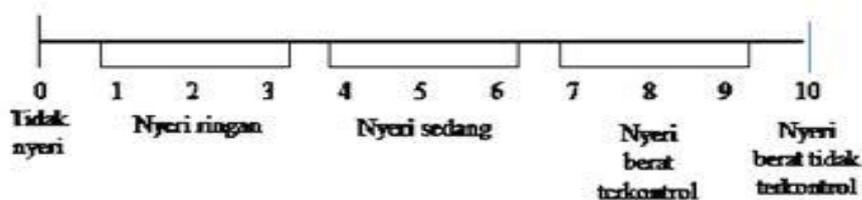
d. Sifat Nyeri (*Nature of Pain*)

Sifat nyeri adalah bagaimana nyeri terasa pada pasien. Sifat nyeri/kualitas nyeri dengan menggunakan kata-kata.

Metode lainnya adalah dengan meminta untuk menggambar beratnya nyeri atau rasa tidak nyamannya dengan menggunakan skala (Maryunani, 2010).

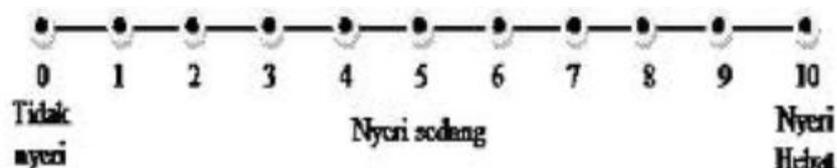
Contoh cara untuk mengukur skala nyeri adalah sebagai berikut :

a. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif



Gambar 2.1
Skala Nyeri Deskriptif

b. Skala Intensitas Nyeri Numerik



Gambar 2.2
Skala Nyeri Numerik

Keterangan :

Skala	Tanda Gejala
0	Tidak ada rasa sakit : Merasa normal
1	Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) : Sangat ringan seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.
2	Tidak menyenangkan : Nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit
3	Bisa ditoleransi : Nyeri sangat terasa, seperti dipukul atau rasa sakit karna suntikan
4	Menyedihkan : Kuat, nyeri yang dalam seperti sengatan lebah
5	Sangat menyedihkan : Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti saat kaki sedang terkilir
6	Intens : Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra anda. Menyebabkan tidak focus, komunikasi terganggu.
7	Sangat intens : Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra anda menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
8	Benar-benar mengerikan : Nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
9	Menyiksa tak tertahankan :

	Nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bias mentoleransinya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya. Tidak peduli apa efek samping atau risikonya.
10	Sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan: Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

Skor/ nilai skala nyeri dapat dicatat pada *flow chart* untuk memberikan pengkajian nyeri yang berkelanjutan (Maryunani, 2010). Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Potter & Perry, 2006).

Karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan.

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkomsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat.

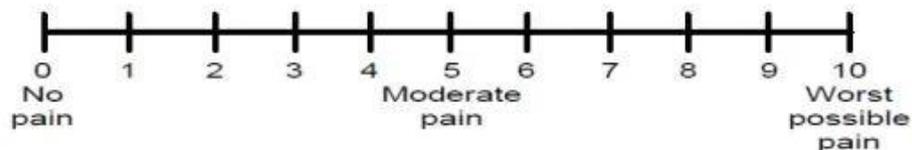
Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih

memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan (Zakiah, 2015).

Ada beberapa instrumen yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri, antara lain *Verbal Descriptive Scale* (VDS), *Numerical Rating Scale* (NRS), *Visual Analogue Scale* (VAS), *McGill Pain Questionnaire* (MPQ). Metode *Numeric Rating Scale* (NRS) diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. *Numeric Rating Scale* (NRS) juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang *Visual Analogue Scale* (VAS) dan *Verbal Descriptive Scale* (VDS).

Numeric Rating Scale (NRS) didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien.

Skala nyeri dengan menggunakan NRS :



Gambar 2.3

***Numeric Rating Scale* (NRS)**

Sumber : Verizarie (2020)

Skala nyeri jenis ini adalah yang paling sering digunakan. Saat mengukur rasa nyeri, dokter akan meminta Anda untuk memilih angka dari 0-10, dengan penjabaran sebagai berikut :

Angka 0 artinya tidak nyeri

Angka 1-3 nyeri ringan

Angka 4-6 nyeri sedang

Angka 7-10 nyeri berat

B. Konsep Pembedahan (Operasi)

1. Definisi Operasi

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (Sjamsuhidajat R, 2011). Menurut Himpunan Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) mendefinisikan tindakan operasi sebagai prosedur medis yang bersifat invasif untuk diagnosis, pengobatan penyakit, trauma dan deformitas (HIPKABI, 2014). Definisi lain menyatakan bahwa operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer, dkk., 2012). Pembedahan merupakan cara medis untuk menangani kondisi yang sulit apabila hanya dengan menggunakan obat-obatan yang sederhana (Potter & Perry, 2006).

2. Klasifikasi Pembedahan

Menurut Potter & Perry (2013), jenis prosedur pembedahan dapat diklasifikasikan berdasarkan sesuai dengan tujuan pembedahan, keseriusan, dan kegawatan.

Prosedur pembedahan terdiri lebih dari satu klasifikasi, klasifikasi pembedahan dibedakan berdasarkan tingkat emergensi, urgensi, tujuan, dan lokasi pembedahan dari tindakan bedah (Long C Barbara, 1996). Klasifikasi pembedahan dapat dibagi sebagai berikut:

a. Berdasarkan Tingkat Keseriusan atau Emergensi

1) Bedah Mayor (Operasi Besar)

Bedah mayor merupakan pembedahan yang bersifat emergensi dan urgen yang menyebabkan adanya perubahan yang luas pada bagian tubuh, dan dapat menimbulkan resiko bagi kesehatan.

Tujuan dari pembedahan mayor ini adalah untuk menyelamatkan nyawa, mengangkat atau memperbaiki bagian tubuh, memperbaiki fungsi tubuh dan meningkatkan kesehatan. Pembedahan ini menggunakan anastesi umum, pembedahan ini

lebih serius dibandingkan dengan pembedahan lainya dan seringkali menimbulkan respon psikologis (Long. C, 1996). Menurut Potter & Perry (2013) pembedahan ini dilakukan pada bypass arteri koroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru, pengangkatan laring, histerektomi, mastektomi, amputasi, dan pembedahan akibat trauma.

2) Bedah Minor

Bedah minor merupakan operasi umum yang bersifat selektif, mengakibatkan perubahan yang kecil pada bagian tubuh, biasanya dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan resiko yang terjadi lebih rendah dibandingkan dengan bedah mayor (Potter & Perry, 2013).

Bedah minor ini bertujuan untuk memperbaiki fungsi tubuh, mengangkat lesi pada kulit dan memperbaiki deformitas. Pembedahan yang sering dilakukan contohnya, pencabutan gigi, kuretase, pengangkatan kutil, pengangkatan tumor jinak atau kista. Anastesi yang sering digunakan pada pembedahan ini ialah anastesi lokal (Potter & Perry, 2013).

b. Berdasarkan Tingkat Urgensi

Menurut Potter & Perry, 2013 berdasarkan tingkat urgensi klasifikasi pembedahan dibagi menjadi :

1) Elektif

Pembedahan ini dilakukan berdasarkan pilihan pasien, pembedahan ini tidak begitu penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan. Pembedahan ini biasanya dilakukan pada operasi plastik atau wajah, dan rekonstruksi payudara atau vagina.

2) Gawat atau Urgent

Pembedahan ini sangat diperlukan untuk kesehatan pasien, dapat mencegah terjadinya masalah lebih lanjut seperti destruksi jaringan atau fungsi organ yang terganggu. Pembedahan ini bersifat segera, indikasi pembedahan antara 24-30 jam. Pembedahan ini dilakukan pada kasus seperti eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kandung empedu, pengangkatan batu ureter dan batu ginjal.

3) Darurat atau Emergency

Pembedahan ini bersifat segera karena bila tidak dilakukan dengan segera dapat mengancam jiwa, indikasi pembedahan ini tidak dapat ditunda.

Pembedahan harus segera dilakukan karena untuk menyelamatkan jiwa atau mempertahankan fungsi organ, misalnya dilakukan untuk memperbaiki perforasi appendik, memperbaiki amputasi traumatik, dan mengontrol perdarahan internal.

c. Berdasarkan Tujuan

Menurut Potter & Perry, 2013 berdasarkan tujuan pembedahan dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1) Diagnostik

Pembedahan dilakukan dengan tujuan untuk memperkuat diagnosis dokter, termasuk pengangkatan jaringan untuk pemeriksaan diagnostic yang lebih lanjut. Salah satu pembedahan jenis ini ialah laparatomi eksplorasi (insisi pada rongga peritoneal untuk melakukan inspeksi pada organ abdomen), dan biopsi pada massa tumor payudara.

2) Ablatif

Merupakan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami penyakit. Misalnya, amputasi, pengangkatan appendiks, dan kolesistektomi.

3) Paliatif

Pembedahan jenis ini dilakukan untuk menghilangkan atau mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak untuk menyembuhkan penyakit. Misalnya, kolostomi, debridement jaringan nekrotik, reseksi serabut syaraf.

4) Rekonstruktif

Merupakan pembedahan yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami trauma atau malfungsi. Misalnya, fiksasi internal pada fraktur, dan perbaikan jaringan parut.

5) Transplantasi

Pembedahan ini dilakukan untuk mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi. Misalnya, transplantasi ginjal, kornea atau hati, penggantian pinggul total.

6) Konstruktif

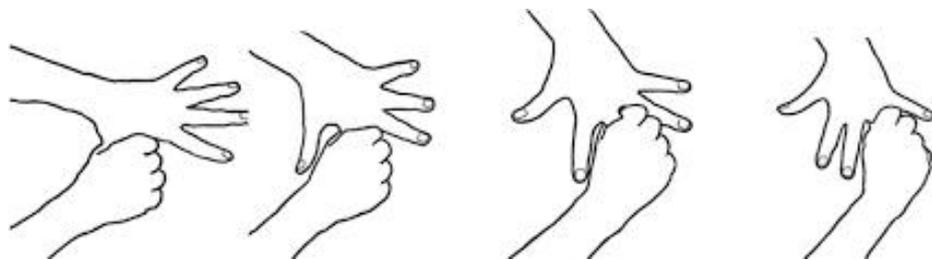
Pembedahan ini dilakukan dengan tujuan untuk mengembalikan fungsi yang hilang atau berkurang akibat anomaly congenital. Misalnya, memperbaiki bibir sumbing, penutupan defek katup jantung.

C. Teknik Relaksasi Genggam Jari

1. Pengertian Relaksasi Genggam Jari

Menurut Kelliat dalam Dewi (2021) relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik pengalihan pemikiran seseorang dengan cara menggenggam jari-jari tangan sambil membayangkan hal-hal yang menyenangkan atau yang disukai. Relaksasi genggam jari sebuah teknik relaksasi yang sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun untuk mengurangi intensitas nyeri pasca pembedahan.

Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Adanya stimulasi pada luka bedah menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut aferen nosiseptor ke substansi gelatinosa (pintu gerbang) di medula spinalis untuk selanjutnya melewati thalamus kemudian disampaikan ke kortek serebri dan diinterpretasikan sebagai nyeri (Astutik, 2017).



Gambar 2.4
Teknik Genggam Jari

2. Tujuan Relaksasi Genggam Jari

Terapi relaksasi genggam jari sebagai pendamping terapi farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan efek analgesik sebagai terapi pereda nyeri post operasi. Selain itu tujuan relaksasi genggam jari

dapat mengurangi nyeri, takut dan cemas, memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh, menenangkan pikiran serta dapat mengontrol emosi.

Terapi relaksasi bukan sebagai pengganti obat-obatan tetapi diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung beberapa menit atau detik. Kombinasi teknik ini dengan obat-obatan yang dilakukan secara simultan merupakan cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri (Smeltzer, 2013).

3. Langkah - langkah Relaksasi Genggam Jari

Menurut penelitian Evrianasari (2019) cara melakukan teknik genggam jari adalah sebagai berikut :

Teknik genggam jari dilakukan dengan cara diawali dengan menggenggam ibu jari selama kurang lebih 3 menit dengan bernapas secara teratur, untuk kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama, setelah kurang lebih 15 menit.

Adapun prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit diantaranya, yaitu :

- a. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- b. Siapkan lingkungan yang tenang
- c. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
- d. Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan
- e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
- f. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang
- g. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata

- h. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja
- i. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut melalui hidung
- j. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur melalui mulut
- k. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, sambil mengatakan , “semakin rileks, semakin rileks, semakin rileks, semakin rileks”, sampai benar-benar rileks.
- l. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan
- m. Anjurkan pasien menarik nafas kembali instruksikan untuk berpikir agar mendapatkan kesembuhan, nyeri yang dirasakan menghilang.
- n. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran
- o. Selanjutnya genggam jari yang lain dan lakukan hal yang sama berurutan hingga jari kelingking.
- p. Jika kelima jari sudah dilakukan, motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari
- q. Dokumentasi respon

4. Mekanisme Genggam Jari Menurunkan Nyeri

Jenis relaksasi ini sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul respons relaksasi (Potter & Perry, 2006).

Mekanisme relaksasi genggam jari dijelaskan melalui teori gatecontrol yang menyatakan bahwa stimulasi kutaneous mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat.

Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta-A yang berdiameter lebih kecil. Proses ini terjadi dalam kornu dorsalis medula spinalis yang dianggap sebagai tempat memproses nyeri. Sel-sel inhibitori dalam kornu dorsalis medula spinalis mengandung enkefalin yang menghambat transmisi nyeri, gerbang sinaps menutup transmisi impuls nyeri sehingga bila tidak ada informasi nyeri yang disampaikan melalui saraf asenden menuju otak, maka tidak ada nyeri yang dirasakan.

D. *Slow Stroke Back Massase (SSBM)*

1. Pengertian

Pengertian *Slow stroke back massage* adalah masase dengan gerakan-gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan mempergunakan bermacam-macam bentuk pegangan atau teknik (Trisnowiyanto, Bambang, 2012)

Pada penelitian yang dilakukan oleh Barbar dan Aat (2012), didapatkan adanya perbedaan penurunan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *slow stroke back massage* pada pasien post bedah mayor dengan nilai *mean* sebelum intervensi intensitas nyeri 5,10 dan intensitas nyeri sesudah intervensi 3,75 dengan dilakukan pada pasien 7 jam setelah pemberian obat analgesik dan selama 3 - 10 menit.

2. Tujuan SSBM

Terapi ini dilakukan untuk mengatasi ketegangan otot – otot yang dapat meningkatkan nyeri yaitu menstimulasi kulit sehingga menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan memperbaiki peredaran darah didalam jaringan tersebut. Kemudian aktifitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit, selain itu juga dapat meningkatkan relaksasi fisik dan psikologi (Kusyati, 2006).

3. Langkah Tindakan SSBM

Metodenya berupa pemberian usapan yang perlahan secara teratur dan berirama selama 3 - 10 menit sebanyak 60 kali usapan per menit (Potter & Perry, 2006). Pemberian stimulasi kutaneus *slow stroke back massage* juga dapat mengurangi ansietas yang dapat berpengaruh terhadap persepsi nyeri (Trihartini & Hadisuyatmana, 2004).

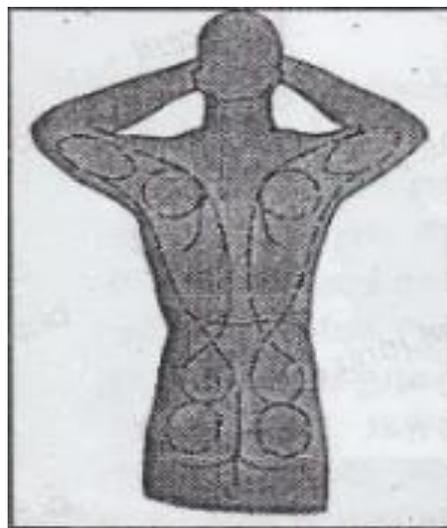
Langkah melakukan Stimulasi Slow Stroke Back Massage, menurut Putri (2019) :

- a. Tahap Persiapan : Menyiapkan alat dan bahan
 - 1) Bahan pelicin minyak atau lotion yang aman dan tidak kadaluwarsa
 - 2) 1 lembar selimut
 - 3) 1 lembar washlap / handuk kecil
 - 4) 1 lembar handuk kering

- b. Tahap Orientasi
 - 1) Memberikan salam
 - 2) Menjaga privasi klien dengan menutup pintu dan jendela/ korden
 - 3) Mengklarifikasi kegiatan masase
 - 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur stimulasi slow stroke back massage
 - 5) Memberi kesempatan klien untuk bertanya
 - 6) Informed consent
 - 7) Mendekatkan alat ke klien

- c. Tahap Pelaksanaan
 - 1) Terapis mencuci tangan
 - 2) Menyiapkan minyak atau lotion ke dalam mangkuk kecil
 - 3) Mengatur posisi klien dengan posisi miring, duduk atau pronasi
 - 4) Membantu klien melepas pakaian
 - 5) Memasang selimut pada bagian tubuh yang tidak diberi massage

- 6) Mengoleskan lotion pada punggung
- 7) Melakukan pemijatan utama dengan memijat secara lembut bagian torakal 10 sampai 12 dan lumbal 1 dengan 60 pijatan dalam 3 – 10 menit.
- 8) Meletakkan tangan pada atas bokong kemudian mulai massase dengan gerakan melingkar
- 9) Usapan dilakuakn keatas dari iliaka ke leher dan bahu.
- 10) Massase diatas skapula denga gerakan tegas dan lembut
- 11) Melanjutkan usapan lembut secara sirkuler sepanjang punggung dan kembali ke bawah ke puncak iliaka.
- 12) Mengulangi gerakan yang sama tanpa melepaskan tangan dari kulit hingga masase selesai dilakukan
- 13) Mengakhiri pemijatan dengan teknik slow down massage (mengurut punggung kembali) akhiri gerakan dengan massase memanjang ke bawah.



Gambar 2.5
Alur usapan SSBM

- 14) Bersihkan sisa lotion pada punggung dengan handuk bila perlu menggunakan air dan sabun kemudian dibilas dengan washlap basah dan keringkan dengan handuk.
- 15) Merapikan klien
- 16) Mencuci tangan

d. Tahap Terminasi

- 1) Mengevaluasi respon klien
- 2) Menyimpulkan hasil kegiatan
- 3) Pendokumentasian

4. Mekanisme *Slow Stroke Back Massase* (SSBM)

Ikhtiarinawati dalam Zunita (2020) mengatakan bahwa *Slow Stroke Back Massage* merupakan stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara mendorong pelepasan hormon endorfin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri. Cara lainnya adalah dengan mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih cepat sebagai neurotransmitter, sehingga menurunkan transmisi nyeri yang dihantarkan melalui serabut C dan A-delta berdiameter kecil sekaligus menutup gerbang sinaps untuk transmisi impuls nyeri.

Masase punggung ini dapat menyebabkan terjadinya mekanisme penutupan terhadap impuls nyeri saat melakukan gosokan punggung pasien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut A-delta dan serabut C, maka akan membuka system pertahanan disepanjang urat saraf dan klien mempersepsikan nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen yaitu pembuluh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat substansi P. Teknik distraksi, konseling dan pemberian stimulus kutaneus merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Harris & Richards, 2012).

Endorphin adalah salah satu bahan kimia otak yang dikenal sebagai neurotransmitter yang berfungsi untuk mengirimkan sinyalsinyal listrik dalam sistem saraf. Endorphin berupa neurotransmitter yang dapat menghambat transmisi atau pengiriman pesan nyeri. Keberadaan endorphin pada sinaps sel saraf menyebabkan penurunan sensasi nyeri. Beberapa tindakan pereda nyeri dapat bergantung pada pengeluaran endorphin yang dapat dilakukan dengan cara masase di daerah tubuh yang dapat merangsang atau melepaskan hormon endorphin untuk mengurangi nyeri (Reeder, dkk, 2011). Endorphin dapat ditemukan di kelenjar hipofisis. Stress dan rasa sakit adalah dua faktor yang paling umum yang menyebabkan pelepasan endorphin. Endorphin berinteraksi dengan reseptor opiat di otak untuk mengurangi persepsi kita tentang rasa sakit dan bertindak sama dengan obat-obatan seperti morfin dan kodein.

5. Kontraindikasi *Slow Stroke Back Massase (SSBM)*

Dalam melakukan intervensi Slow Stroke Back Massage perlu diperhatikan hal-hal yang harus dipahami sebelumnya (Potter & Perry, 2006), diantaranya yang pertama petugas harus bertanya sebelumnya apakah klien menyukai usapan punggung karena beberapa klien tidak menyukai kontak secara fisik, kedua perlu diperhatikan kemungkinan adanya alergi atau kulit mudah terangsang, sebelum memberikan lotion, yang ketiga hindari untuk melakukan massase pada area kemerah-merahan, kecuali kemerahan tersebut hilang sewaktu dimassase, dan terakhir massase punggung dapat merupakan kontraindikasi pada apasien imobilitas yang dicurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah.

Identifikasi faktor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk massase punggung. Pada klien yang mempunyai riwayat hipertensi atau disritmia, kaji denyut nadi dan tekanan darah.

E. Penelitian Terkait

Penelitian Rosiska (2021) dengan judul Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi. Hasil didapatkan setengah responden 50% mengalami nyeri ringan dan sedang sebelum dilakukan pemberian teknik relaksasi genggam jari dan lebih dari setengah responden (63%) mengalami nyeri ringan setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi genggam jari. Hasil bivariat Ada pengaruh terhadap penurunan nyeri pada pasien postop. Didapatkan nilai p-value 0,011. Disimpulkan ada pengaruh pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi. Diharapkan pihak RSUD dapat menerapkan terapi non farmakologi teknik relaksasi genggam jari ini untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operasi diruangan.

Penelitian Sofiyah (2019) Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Perubahan Skala Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di RSUD Prof. Dr. Margono Soekardjo Purwokerto dengan Skala nyeri post sectio caesarea sebelum teknik relaksasi genggam jari pada kelompok eksperimen sebagian besar menyatakan nyeri sedang yaitu 9 responden (56,2%) dan sesudah teknik relaksasi genggam jari pada kelompok eksperimen sebagian besar menyatakan nyeri ringan yaitu 8 responden (50%).Skala nyeri post operasi sectio caesarea sebelum pada kelompok kontrol sebagian besar menyatakan nyeri sedang dan berat yaitu 8 responden (50%) dan sesudah pada kelompok kontrol sebagian besar menyatakan nyeri berat yaitu 10 responden (62,5%). Ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap perubahan skala nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di RSUD Prof. Dr. Margono Soekardjo Purwokerto dengan nilai p value sebesar 0,000 ($p < \alpha$).

Penelitian Fajriani (2018) dengan Judul Relaksasi Genggam Jari dan *Slow Stroke Back Massage* Menurunkan Nyeri Pasien Post Operasi dengan Untuk mengetahui kelompok yang lebih efektif antara kelompok Relaksasi Genggam Jari dan *Slow Stroke Back Massage* terhadap perubahan

intensitas nyeri pada pasien post operasi bedah mayor hari ketiga. Hasil penelitian dengan uji Independen T Test menunjukkan hasil bahwa kelompok Slow Stroke Back Massage (SSBM) lebih efektif dalam perubahan intensitas nyeri karena ada perbedaan bermakna antara kelompok Relaksasi Genggam Jari dan Slow Stroke Back Massage dilihat hasil p value $< 0,05$. Hal tersebut juga ditunjukkan dengan nilai selisih rata-rata penurunan skor intensitas nyeri pada kelompok Slow Stroke Back Massage (SSBM) lebih tinggi yaitu sebesar 0,98 sedangkan selisih rata-rata pada kelompok relaksasi genggam jari sebesar 0,75.

Penelitian Damayanti (2019) Perbedaan Intensitas Nyeri Antara Pemberian Terapi Back Massage Dengan Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Laparatomi dengan hasil penelitian menunjukkan rata-rata intensitas nyeri sebelum terapi back massage adalah 4,21 dan sesudah terapi back massage menjadi 3,19 sedangkan rata-rata intensitas nyeri sebelum relaksasi genggam jari adalah 4,01 dan sesudah relaksasi genggam jari menjadi 2,94. Hasil uji *statistik paired T test* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan intensitas nyeri yang signifikan sebelum dan sesudah terapi back massage dan relaksasi genggam jari dengan p -value = 0,000 ($p < 0,05$) yang berarti terapi dan relaksasi ini mampu menurunkan intensitas nyeri. Dengan demikian terapi back massage dan relaksasi genggam jari dapat menjadi referensi dan intervensi keperawatan dalam penanganan pasien post operasi khususnya Laparatomi.

Penelitian Indrawati (2020) dengan judul Pengaruh pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap persepsi nyeri pada pasien post operasi fraktur Hasil analisis terhadap jenis kelamin mayoritas laki-laki (69%), hampir separuhnya berusia 17-25 tahun (45,2%), sebagian besar berpendidikan menengah (61,9%), mayoritas beragama Islam (97,6%), mayoritas belum pernah operasi (97,6%). Hasil analisis statistik dengan Wilcoxon p -value nyeri sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi ($p=0,000$); nyeri sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol ($p=0,030$).

Penelitian Arup (2018) dengan judul Perbandingan Pengaruh *Abdominal Stretching Exercise* dan *Slow Stroke Back Massage* terhadap Intensitas Nyeri *Dysmenorrhea* Primer pada Mahasiswi Rusunawa UMM. Desain penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen dengan desain pretest and posttest two group design. Hasil : Berdasarkan Independent Sample T-Test diperoleh nilai p value sebesar 0,000 dengan $\alpha = 0,05$ sehingga $p < \alpha$. Kesimpulan : Dari penelitian ini disimpulkan bahwa H1 diterima. Artinya, ada perbedaan pengaruh *Abdominal Stretching Exercise* dan *Slow Stroke Back Massage* terhadap intensitas nyeri dismenore primer pada mahasiswa di umm flats.

Penelitian Melastuti (2015) dengan judul Pengaruh Terapi *Slow Stroke Back Massage* untuk Meningkatkan Kualitas Tidur pada Pasien Pasca Operasi di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pre eksperimen *one group pre test dan post test design*. Hasil Setelah dilakukan uji paired T-test pada responden sebelum dan sesudah diberi terapi slow stroke back massage diperoleh nilai sig .001 ($p < 0.05$) dan nilai T-value -14.736 dengan perbedaan rerata sebelum dan sesudah diberi terapi sejumlah -11.18 berdasar mean total sebelum terapi adalah 11.06 (SD 1.600) serta mean total setelah terapi 22.24 (SD 2.905) Kesimpulan terdapat perbedaan yang signifikan atau bermakna antara kualitas tidur sebelum dengan sesudah diberi terapi *slow stroke back massage*.

Penelitian Mukhoirotn dan Zuliani (2013), didapatkan hasil sebanyak 80% responden mengalami penurunan intensitas nyeri haid setelah diberikan intervensi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) dengan nilai mean sebelum intervensi 5,85 dan nilai mean sesudah diberikan intervensi yaitu 4,80.

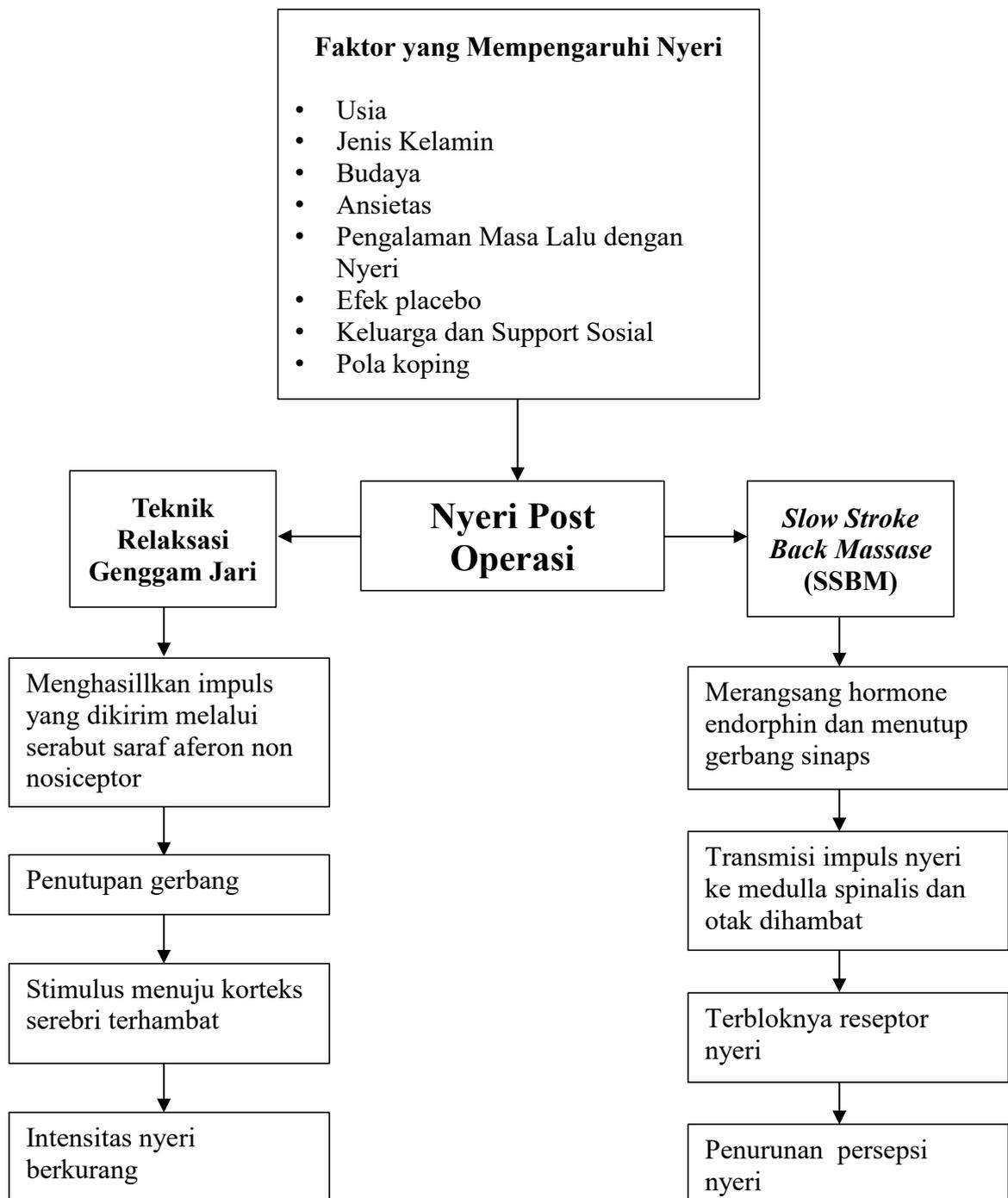
Penelitian Ardiansyah (2021) dengan judul Efektifitas Stimulasi Kutaneus *Slow Strok Back Massage* terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Osteoarthritis pada Lansia. Hasil Responden Osteoarthritis sebagian besar berjenis kelamin perempuan dan rata-rata usiapenderita osteoarthritis yaitu

60-90 tahun, serta adanya penurunan intensitas nyeri osteoarthritis setelah diberikan intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa Slow Stroke Back Massage efektif dalam menurunkan intensitas nyeri osteoarthritis pada lansia.

Penelitian Rohmawati, (2020) dengan judul Pengaruh Pemberian Terapi *Slow Stroke Back Massage* Terhadap Intensitas Nyeri Post Operasi *Sectio Caesarea* di RSUD Muhammadiyah Bantul. Penelitian ini merupakan penelitian *quasy experiment* dengan *prepost test with control group design*. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan uji *Wilcoxon* dan *Mann Whitney*. Hasil pengolahan data menunjukkan pada kelompok intervensi sebelum (pretest) didapatkan nilai rata-rata intensitas nyeri 3,26 dan setelah (posttest) didapatkan nilai rata-rata intensitas nyeri 2,81. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *slow stroke back massage* terhadap intensitas nyeri post operasi *sectio caesarea* di RSUD Muhammadiyah Bantul dengan hasil uji Mann Whitney $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Dan didapatkan kesimpulan jika ada pengaruh *slow stroke back massage* terhadap intensitas nyeri post operasi *sectio caesarea* di RSUD Muhammadiyah Bantul.

F. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini sebagai berikut :



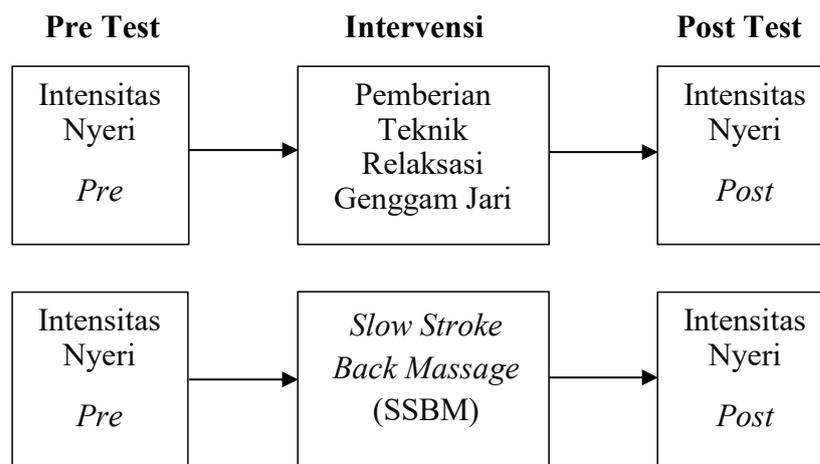
Gambar 2.6
Kerangka Teori

Sumber : Lellan (2006), Potter dan Perry (2006), Smeltzer dan Bare (2013)

G. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah kerangka yang berhubungan antara konsep-konsep yang akan diteliti atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2018).

Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.7
Kerangka Konsep

H. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Sugiyono, 2018).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Hipotesis Alternatif (H_a) :

Ada perbedaan efektifitas pemberian teknik relaksasi genggam jari dengan teknik slow stroke back massage (SSBM) terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post operasi di ruang bedah RSUD Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2022.