

BUNGA RAMPAI

MANAJEMEN NYERI KEPERAWATAN

Agus Surya Bakti, S.Kep, Ns, M.Kep | Ns. Remita Hutagalung, S. Kep., M.Kep |
Ns. Dedi Irawan., S.Kep., M.Kep | Notesya A. Amanupunnyo, S.Kep., Ns., M.Kes
| Teuku Jamni, SKM., M.Kes | Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep., M.Kep.,
Sp.Kep.M.B | Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep | Ns. Andrias Horhoruw,
S.Kep., M.kes | Ns. Miniharianti, M.Kep | Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si
| Yusniar, SKM., M.K.M | Idayanti, Ns, SPd, S.Kep, M.Kes | A. Miftahul Khair,
S.Kep., Ns., M.Kep | Suratno Kaluku M.Kep | Ns. Nadia Sari, M.Tr. Kep | Winda
Rofiyati, S.Kep., Ns., M.Kep | Ns. Muaningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat |
Yulianti Ely, S.Ft., Physio., M.Biomed | Ns. Maimaznah, M.Kep., Sp.Kep.Kom

BUNGA RAMPAI

MANAJEMEN NYERI KEPERAWATAN

Agus Surya Bakti, S.Kep, Ns, M.Kep
Ns. Remita Hutagalung, S. Kep., M.Kep
Ns. Dedi Irawan., S.Kep., M.Kep
Notesya A. Amanupunnyo, S.Kep., Ns., M.Kes
Teuku Jamni, SKM., M.Kes
Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep
Ns. Andrias Horhoruw, S.Kep., M.kes
Ns. Miniharianti, M.Kep
Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si
Yusniar, SKM., M.K.M
Idayanti, Ns, SPd, S.Kep, M.Kes
A. Miftahul Khair, S.Kep., Ns., M.Kep
Suratno Kaluku M.Kep
Ns. Nadia Sari, M.Tr. Kep
Winda Rofiyati, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Muaningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat
Yulianti Ely, S.Ft., Physio., M.Biomed
Ns. Maimaznah, M.Kep., Sp.Kep.Kom

Editor :

La Ode Alifariki, Saida, S.Kep., Ns., M.Kes



BUNGA RAMPAI

MANAJEMEN NYERI KEPERAWATAN

Penulis:

Agus Surya Bakti, S.Kep, Ns, M.Kep
Ns. Remita Hutagalung, S. Kep., M.Kep
Ns. Dedi Irawan., S.Kep., M.Kep
Notesya A. Amanupunnyo, S.Kep., Ns., M.Kes
Teuku Jamni, SKM., M.Kes
Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep
Ns. Andrias Horhoruw, S.Kep., M.kes
Ns. Miniharianti, M.Kep
Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si
Yusniar, SKM., M.K.M
Idayanti, Ns, SPd, S.Kep, M.Kes
A. Miftahul Khair, S.Kep., Ns., M.Kep
Suratno Kaluku M.Kep
Ns. Nadia Sari, M.Tr. Kep
Winda Rofiyati, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Muaningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat
Yulianti Ely, S.Ft., Physio., M.Biomed
Ns. Maimaznah, M.Kep., Sp.Kep.Kom

ISBN : 978-623-8669-35-6

Editor Buku:

La Ode Alifariki, Saida, S.Kep., Ns., M.Kes

Cetakan Pertama : 2024

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Bunga Rampai ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Bunga Rampai ini berjudul Manajemen Nyeri Keperawatan mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Manajemen Nyeri Keperawatan. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Manajemen Nyeri Keperawatan serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 28 Juli 2024

Penulis

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1 Konsep Dasar Nyeri	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Nyeri.....	1
C. Pola Nyeri	3
D. Sumber Nyeri.....	4
E. Faktor yang mempengaruhi Nyeri.....	8
F. Pengalaman Nyeri	8
BAB 2 Teori Resepsi Nyeri.....	12
A. Definisi Nyeri	12
B. Teori Resepsi Nyeri (proses perjalanan nyeri)	12
BAB 3 Penilaian dan Pengkajian Nyeri	19
A. Pendahuluan.....	19
B. Penilaian Nyeri.....	20
C. Pengkajian Nyeri.....	22
BAB 4 Pendidikan Kesehatan pada Pasien dengan Nyeri.....	28
A. Pendahuluan.....	28
B. Konsep Pendidikan Kesehatan tentang Manajemen Nyeri	29
BAB 5 Manajemen Nyeri Farmakologis	35
A. Pendahuluan.....	35
B. Konsep Nyeri.....	35
BAB 6 Manajemen Nyeri Non Farmakologi.....	44
A. Pendahuluan.....	44
B. Konsep Manajemen Nyeri Non Farmakologi	44
BAB 7 Manajemen Nyeri Akut	53
A. Pendahuluan.....	53
B. Konsep Nyeri Akut.....	53

BAB 8 Manajemen Nyeri Kronik.....	62
A. Pendahuluan.....	62
B. Konsep Nyeri Kronis	63
C. Penyebab Nyeri Kronis	65
D. Jenis-Jenis Nyeri Kronis	66
E. Skala dan Metode Penilaian Nyeri	66
F. Terapi Konfensional.....	69
G. Terapi Alternatif.....	70
BAB 9 Manajemen Nyeri Post Operasi Mayor pada Anak dengan Akupresure	74
A. Pendahuluan.....	74
B. Manajemen Nyeri dengan Akupresur	75
BAB 10 Manajemen Nyeri Pasien Anak	83
A. Pendahuluan.....	83
B. Konsep Manajemen Nyeri Pada Pasien Anak	84
BAB 11 Manajemen Nyeri Pasien Dewasa.....	91
A. Pendahuluan.....	91
B. Konsep Manajemen Nyeri Pada Pasien Dewasa	92
BAB 12 Manajemen Nyeri pasien Geriatrik.....	104
A. Pendahuluan.....	104
B. Konsep Manajemen Nyeri pada Lansia	104
BAB 13 Manajemen Nyeri Pasien Tidak Sadar	113
A. Pendahuluan.....	113
B. Konsep Nyeri Pada Pasien Tidak Sadar	115
BAB 14 Manajemen Nyeri Dengan Teknik Distraksi	130
A. Pendahuluan.....	130
B. Konsep Metode Distraksi.....	130
BAB 15 Konsep Manajemen Nyeri Dengan Teknik Relaksasi	141
A. Pendahuluan.....	141

B. Manajemen nyeri dengan teknik relaksasi	142
BAB 16 Manajemen Nyeri dengan Teknik Guided Imagery	152
A. Pendahuluan.....	152
B. Konsep Guided Imagery	152
C. Pengaruh <i>Guided Imagery</i> terhadap kondisi Fisik dan Psikologis.	154
D. Langkah-langkah <i>Guided Imagery</i>	155
BAB 17 Manajemen Nyeri dengan Teknik Massage	159
A. Pendahuluan.....	159
B. Konsep Teknik Massage.....	160
BAB 18 Manajemen Nyeri dengan TENS.....	166
A. Pendahuluan.....	166
B. Prinsip TENS	167
C. Kerja TENS.....	167
D. Perawatan TENS	168
E. TENS dan Nyeri	168
F. Penempatan Elektroda	169
G. Kontraindikasi	170
BAB 19 Manajemen Nyeri dengan Tapping Emotional Freedom Technique (EFT)	173
A. Manajemen Nyeri.....	173
B. <i>Emotional Freedom Technique (EFT)</i>	176

BAB 1

Konsep Dasar Nyeri

Agus Surya Bakti, S.Kep, Ns, M.Kep

A. Pendahuluan

Nyeri merupakan fenomena multidimensional sehingga sulit untuk didefinisikan, dimana nyeri bisa diartikan sebagai pengalaman personal dan subjektif, dan didalam kenyataannya tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik. Nyeri dapat didefinisikan dengan berbagai cara dan dikaitkan dengan berbagai jenis kerusakan jaringan yang merupakan tanda peringatan, namun pengalaman nyeri lebih dari itu. Terlepas dari subjektivitas nyeri yang dirasakan seseorang, maka perawat bertanggungjawab dalam melakukan pengkajian secara akurat dan membantu untuk meredakan nyeri yang dirasakan baik dengan tidak mandiri ataupun kolaborasi. Perawat dalam melakukan intervensi harus selalu mengingat bahwa nyeri itu nyata walaupun penyebabnya belum dipastikan, maka perawat tidak boleh berasumsi dalam memutuskan apakah nyeri itu ada atau tidak ada

B. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri
 - a. *International association for the study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, actual ataupun potensial atau digambarkan sebagai kerusakan yang sama
 - b. Margo McCaffery, seorang penggagas dalam keperawatan nyeri, mendefinikan nyeri sebagai segala

sesuatu yang dikatakan individu yang merasakan nyeri dan ada ketika individu tersebut mengatakan ada

- c. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau yang dirasakan (Smeltzer dan Bare, 2002)
- d. Nyeri adalah perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan nyeri yang bisa menimbulkan ketegangan (Wolf dan Firest, 1974)
- e. Menurut Potter dan Perry, (2006), nyeri merupakan sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja serta seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri

2. Fisiologi Nyeri

a. Transduksi (*Transduction*)

Proses merubah sinyal nyeri dari mekanik, suhu, kimia menjadi suatu sinyal-sinyal listrik yang akan diterima diujung-ujung saraf. Kerusakan jaringan menyebabkan terlepasnya substansi kimiawi endogen seperti bradikinin, substansi P, serotonin, histamin, ion H, ion K, prostaglandin. Dan disini juga perlu dipahami ada endorphin dan enkefalin sebagai inhibitor nyeri

2. Transmisi (*Transmission*)

Proses berikutnya dari transduksi berupa penyaluran sinyal-sinyal nyeri berupa sinyal listrik. Impuls akan membesar yang kemudian ditransmisi oleh serabut aferen nosiseptif primer lewat radiks posterior menuju kornu posterior medula spinalis. Serabut perifer terdiri dari serabut sensoris, motorik somatik, motorik otonomik.

3. Modulasi (*Modulation*)

Proses modifikasi terhadap rangsangan nyeri yang terjadi ditingkat medula spinalis. Modifikasi ini dapat terjadi pada sepanjang titik dari sejak transmisi pertama menuju korteks serebri. Modifikasi dapat

berupa augmentasi (peningkatan) ataupun inhibisi (penghambatan).

4. Persepsi (*Perception*)

Proses terakhir saat stimulasi tersebut mencapai korteks otak sehingga mencapai tingkat kesadaran dan pada akhirnya diterjemahkan dan ditindak lanjuti berupa tanggapan terhadap nyeri tersebut.

C. Pola Nyeri

1. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang disebabkan karena aktifitas nosiseptor. Adapun karakteristik nyeri ini sebagai berikut :

- a. Nyeri akut ini berlangsung dalam waktu yang singkat yaitu kurang dari 6 bulan
- b. Memiliki onset yang tiba- tiba, seperti nyeri insisi setelah operasi
- c. Memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pasca operasi yang hilang setelah terjadinya penyembuhan luka
- d. Klien biasanya mendeskripsikan nyeri seperti tertusuk, tajam dan tertembak
- e. Nyeri ini mengindikasikan adanya cedera sehingga individu mencoba mencari pengobatan untuk meredakan nyeri
- f. Nyeri ini bisa dikontrol dengan pengobatan yang tepat
- g. Individu yang mengalami nyeri ini tidak menimbulkan traumatis karena sifatnya terbatas
- h. Nyeri ini juga disertai respon fisik yang dapat diobservasi, seperti : peningkatan atau penurunan tekanan darah, takikardia, diaphoresis, takipneu, focus pada nyeri serta pallor
- i. Jika nyeri ini tidak tertasi maka akan memicu status nyeri kronis.

2. Nyeri Kronis

Adapun karakteristik nyeri ini sebagai berikut :

- a. Nyeri kronis ini berlangsung dalam waktu lebih dari 6 bulan (atau 1 bulan lebih dari normal di masa- masa akhir kondisi yang menyebabkan nyeri)
- b. Tidak diketahui kapan berakhir kecuali jika ada jika terjadi penyembuhan yang lambat, seperti pada luka bakar
- c. Nyeri kronis dimulai sebagai nyeri akut atau penyebabnya dapat sangat tersembunyi sehingga individu tidak mengetahui kapan nyeri tersebut pertama kali muncul
- d. Hitungan lamanya nyeri kronis bukan berdasarkan menit atau jam, tapi dirasakan dalam hitungan bulan atau tahun
- e. Individu yang mengalami nyeri kronis mungkin mengalami nyeri lokal atau menyebar serta terasa ketika disentuh, beberapa terasa nyeri di titik yang dapat diprediksi
- f. Individu yang mengalami nyeri kronis akan merasakan perasaan kelemahan, gangguan tidur dan keterbatasan fungsi
- g. Area nyeri tidak mudah diidentifikasi, intensitas nyeri sulit untuk diturunkan, rasa nyeri biasanya meningkat, sifatnya kurang jelas dan kemungkinan kecil untuk sembuh atau hilang
- h. Nyeri kronis nonmaligna biasanya dikaitkan dengan nyeri akibat kerusakan jaringan yang nonprogresif atau telah mengalami penyembuhan.

D. Sumber Nyeri

1. Nyeri kutaneus (Superfisial)

Adapun karakteristik dari nyeri kutaneus adalah :

- a. Onset yang tiba- tiba dengan kualitas yang tajam atau menyengat atau onset yang berlangsung perlahan dengan kualitas seperti sensasi terbakar, tergantung pada tipe saraf yang terlibat

- b. Reseptor nyeri kutaneus berakhir dibawah kulit dan karena tingginya kensentrasi ujung saraf sehingga nyeri mudah untuk dideskripsikan
- c. Nyeri ini cenderung mudah dilokalisasi. Contohnya, klien dengan luka sayatan pada jarinya dapat dengan mudah menunjukkan lokasinya.

2. Nyeri somatik

Adapun karakteristik dari nyeri somatic adalah :

- a. Nyeri ini berawal dari ligament, tendo, pembuluh darah, tulang serta saraf
- b. Nyeri sulit dilokalisasi karena nyeri ini dideteksi oleh nosiseptor somatic, dan reseptor ini bersifat langka, sehingga nyeri terasa tumpul. Contoh nyeri pergelangan tangan yang terkilir dirasakan diseluruh pergelangan tangan, walaupun cedera hanya terjadi disalah satu sisi saja
- c. Nyeri somatic yang dalam sulit untuk ditentukan lokasinya
- d. Nyeri ini dapat menyebabkan mual, dan dihubungkan dengan produksi keringat dan perubahan tekanan darah
- e. Peradangan merupakan komponen penting dari nyeri somatic. Peradangan terjadi bersamaan dengan semua cedera dan menghasilkan luka dengan diproduksinya histamin, substansi P, bradykinin, prostaglandin dan leukokinin
- f. Proses inflamasi yang terjadi pada nyeri ini menyebabkan pembengkakan yang menekan jaringan yang sensitive terhadap regangan sehingga makin meningkatkan nyeri.

3. Nyeri Viseral

Adapun karakteristik dari nyeri viseral adalah :

- a. Nyeri yang dihasilkan biasanya lebih menyakitkan dan berlangsung lama dibandingkan nyeri somatik. Hal ini dikarenakan jumlah nosiseptor yang memilki jumlah

terbatas di daerah visera dimana visera sendiri terletak didalam organ tubuh dan celah bagian dalam.

- b. Nyeri ini sangat sulit untuk dilokalisasi dan beberapa cedera pada jaringan visceral mengakibatkan nyeri menjalar, dimana sensasi nyeri berada didaerah yang sebenarnya tidak berkaitan sama sekali dengan lokasi cedera
- c. Contoh nyeri visceral meliputi apendiksitis akut, kolesistitis dan inflamasi pada saluran bilier dan pancreas seperti penyakit gastriointestinal, jantung, pleura serta kolik renal dan ureteral
- d. Nyeri ini dimanifestasikan dalam bentuk berkeringat, gelisah, mual dan muntah serta agitasi.

4. Nyeri Menjalar

Adapun karakteristik dari nyeri Menjalar adalah :

- a. Nyeri ini merupakan bentuk dari nyeri visceral dan dirasakan di area yang jauh dari lokasi stimulus
- b. Sensasi nyeri yang dirasakan menjalar secara intens dan bisa terdapat sedikit atau bahkan tidak ada sama sekali nyeri pada titik tempat stimulus berbahaya
- c. Sebagai contoh, iskemia miokardium biasanya tidak dirasakan sebagai nyeri pada jantung, namun seringkali terasa sebagai nyeri dibagian lengan kiri, bahu bahkan rahang. Saraf yang mempersarafi daerah ini berada dengan daerah yang mempersarafi miokardium yang menyebabkan terjadinya nyeri yang menjalar.

5. Nyeri Neuropatik

Adapun karakteristik dari nyeri Neuropatik adalah :

- a. Nyeri ini disebabkan oleh kerusakan atau cedera pada serat saraf diperifer atau kerusakan pada system saraf pusat.
- b. Nyeri terasa kebas, terbakar dan sensasi tertusuk seperti Teka jarum dan sengatan listrik.
- c. Nyeri muncul didaerah yang dipersarafi. Contohnya, cedera pada saraf yang mempersarafi tangan akan

diterima sebagai nyeri pada tangan walaupun cedera mungkin berada diruas medulla spinalis

- d. Nyeri biasanya bersifat problematic bagi individu, karena tidak ada proses patologis yang jelas yang mengaitkan kepada sensasi nyeri.

6. Nyeri Breakthrough Pain

Adapun karakteristik dari Breakthrough pain adalah :

- a. Nyeri ini didefinisikan sebagai peningkatan nyeri sementara dengan intensitas sedang sampai berat yang terjadi pada kondisi individu yang mengalami nyeri persisten dengan intensitas ringan ke sedang yang sudah berhasil dikontrol
- b. Terjadi karena insiden atau idiopatik
- c. Insiden nyeri dapat diprediksi dan muncul dengan cepat dan dalam hitungan menit
- d. Pemberian medikasi dengan cepat dapat menghindari sensasi nyeri tiba-tiba sehingga klien dapat berpartisipasi secara penuh dalam terapi.

7. Nyeri Psikogenik

Adapun karakteristik nyeri psikogenik adalah :

- a. Tidak disebabkan oleh nosisepsi, namun oleh factor psikologis
- b. Masalah mental dapat menyebabkan, memperburuk, atau memperlama nyeri
- c. Individu dengan nyeri ini akan melaporkan nyeri yang tidak sesuai dengan penyakit yang sebenarnya
- d. Sakit kepala, nyeri otot, nyeri punggung dan nyeri pada perut merupakan beberapa tipe nyeri psikogenik yang umum ditemukan
- e. Nyeri terasa nyata dan mengatakan bahwa nyeri pada individu itu hanya didalam pikiran mereka
- f. Nyeri semacam ini ditangani dengan psikoterapi, antidepressan, analgesic non narkotik

E. Faktor yang mempengaruhi Nyeri

1. Usia

Usia mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Anak-anak kesulitan untuk memahami nyeri dan beranggapan apapun yang dilakukan perawat dapat menyebabkan nyeri. Sedangkan pada dewasa melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi.

2. Jenis kelamin

Laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri

3. Budaya

Nilai budaya mempengaruhi cara individu bereaksi terhadap nyeri dan mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka.

4. Ansietas

Ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri

F. Pengalaman Nyeri

Seringkali individu yang pernah mengalami nyeri yang, makin takut terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan. Individu ini mungkin akan lebih sedikit mentoleransi nyeri, akibatnya ia ingin nyerinya segera reda sebelum nyeri tersebut menjadi lebih parah. Reaksi ini hampir pasti terjadi jika individu tersebut mengetahui ketakutan dapat meningkatkan nyeri dan pengobatan yang tidak adekuat. Cara seseorang berespon terhadap nyeri adalah akibat dari banyak kejadian nyeri selama rentang kehidupannya. Bagi beberapa orang, nyeri masa lalu saja menetap dan tidak terselesaikan, seperti pada nyeri berkepanjangan atau kronis dan persisten.

Efek yang tidak diinginkan yang diakibatkan dari pengalaman sebelumnya menunjukkan pentingnya perawat untuk waspada terhadap pengalaman masa lalu pasien dengan

nyeri. Jika nyerinya teratasi dengan tepat dan adekuat, individu mungkin lebih sedikit ketakutan terhadap nyeri dimasa mendatang dan mampu mentoleransi nyeri dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Hadinoto. Soedono et all, 1991. *Nyeri dan Penatalaksanaan*. Edisi 1. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang.
- Helms, J.E., & Barone, C.P. (2008). Physiology and treatment of pain. *Critical care nurse*, 28 (6), 38-48.
- Nanda, 2006. *Panduan Diagnosa Keperawatan 2005-2006*. Definisi dan Klasifikasi. Alih bahasa Budi Santosa. Prima Medika
- Potter. Patricia A and Perry. Anne Griffin, 1997. *Fundamentals of Nursing: Concept, Process and Practice* 4 edition. Mosby Year Book Inc.

BIODATA PENULIS



Agus Surya Bakti, S.Kep, Ns, M.Kep lahir di Natal, pada 17 Agustus 1991. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Saat ini penulis bekerja sebagai Kasubbid Keperawatan di RSU Mitra Medika Premiere dan dosen Keperawatan di Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Institut Kesehatan Helvetia Medan. Penulis juga saat ini membuka layanan Hipnoterapi di Poliklinik RSU Mitra Medika Premiere. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah, menjadi Trainer di Bidang Keilmuan Pikiran yaitu Spritual Emotional Freedom Technique, Neuro Linguistic Programming dan Hipnoterapi. Selain itu sebagai dosen, penulis mengampu mata kuliah Manajemen Luka, Manajemen Nyeri dan Hipnoterapi Keperawatan. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

BAB 2

Teori Resepsi Nyeri

Ns. Remita Hutagalung,S. Kep., M.Kep

A. Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan aktual atau potensial. WHO menekankan bahwa nyeri adalah fenomena subjektif yang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk fisik, psikologis, sosial, dan budaya (Reneman et al., 2023).

Asosiasi internasional nyeri mendefinisikan bahwa nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan dalam istilah kerusakan tersebut (Raja S et al., 2021).

B. Teori Resepsi Nyeri (proses perjalanan nyeri)

1. Teori Spesifitas

Teori Descartes ini menjelaskan bahwa dalam tubuh terdapat syaraf tertentu yang secara khusus bertugas dan bertanggung jawab mentransmisikan nyeri dari tempat terjadinya cedera atau sumber nyeri menuju ke otak. Syaraf ini akan menerima rangsangan nyeri dan melakukan transmisi melalui ujung dorsal substansia gelatinosa ke bagian otak di hipotalamus. Selanjutnya, rangsangan nyeri akan muncul sebagai respon nyeri (Moayed & Davis, 2013).

Menurut teori ini ada 4 jenis reseptor sensorik secara terpisah; panas, dingin, sentuhan dan nyeri. Sebuah saraf hanya akan memberikan 1 jenis rangsangan. Saraf tersebut akan menyampaikan informasi dari perifer menuju otak.

Semakin banyak reseptor yang diaktifkan, maka semakin intens rasa nyeri yang dirasakan.

Teori spesifisitas memiliki kelemahan dan telah dikritik karena tidak dapat menjelaskan beberapa fenomena nyeri yang lebih kompleks, seperti nyeri kronis atau nyeri yang dirasakan tanpa adanya kerusakan jaringan yang jelas. Teori ini juga tidak menjelaskan pengaruh faktor psikologis dan emosional terhadap persepsi nyeri (Trachsel LA, Munakomi S, 2023).

2. Teori Pola Nyeri

Teori pola dimasukkan ke dalam teori spesifisitas yang menyatakan bahwa tidak ada reseptor khusus di kulit. Sebaliknya, semua reseptor sensorik dapat menghasilkan sinyal nyeri jika dirangsang dengan cukup kuat. Teori pola nyeri adalah konsep yang menjelaskan bagaimana sinyal nyeri diproses oleh sistem saraf melalui pola aktivitas saraf daripada melalui jalur khusus atau reseptor tertentu (Trachsel LA, Munakomi S, 2023).

Menurut teori pola nyeri, satu saraf generik merespons secara berbeda terhadap setiap jenis sensasi dengan menciptakan impuls unik yang dibentuk oleh pola spatiotemporal dengan melibatkan frekuensi dan pola transmisi saraf. Teori pola nyeri menyimpulkan bahwa nyeri adalah hasil dari pola spesifik aktivitas saraf yang dihasilkan oleh stimulus. Dengan kata lain, otak menentukan apakah suatu sensasi adalah nyeri berdasarkan pola sinyal yang diterimanya dari berbagai reseptor sensorik. Rangsangan nyeri yang cukup kuat atau berkepanjangan akan menghasilkan pola aktivitas yang dikenali oleh otak sebagai nyeri.

Dalam teori pola, berbagai jenis reseptor sensorik (seperti mekanoreseptor, termoreseptor, dll.) berkontribusi terhadap pola aktivitas saraf yang menghasilkan sensasi nyeri. Ini berarti bahwa persepsi nyeri adalah hasil dari kombinasi sinyal dari berbagai sumber sensorik (Marzvanyan A, 2023).

3. Teori Intensif

Teori ini menguraikan nyeri bukan sebagai pengalaman sensorik, melainkan lebih kepada pengalaman emosional. Teori ini berpendapat juga bahwa nyeri bukan terjadi karena adanya reseptor atau jalur spesifik untuk nyeri, melainkan ketika stimulus diberikan secara berlebihan atau lebih kuat dari ambang batas (Trachsel LA, Munakomi S, 2023).

Teori ini berpendapat bahwa reseptor yang sama yang merespons rangsangan non-nyeri (seperti sentuhan, tekanan, atau suhu) dapat menghasilkan sensasi nyeri jika rangsangannya cukup kuat.

Nyeri dihasilkan ketika sistem saraf menerima sinyal dari serabut saraf yang merespons rangsangan dengan intens. Rangsangan yang cukup kuat akan mengaktifkan serabut saraf ini, yang kemudian mengirim sinyal ke otak untuk diproses sebagai nyeri.

Teori intensif mengakui bahwa ambang nyeri bisa bervariasi antara individu dan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kondisi fisik dan psikologis.

Teori intensif juga menjelaskan fenomena adaptasi dan sensitisasi. Adaptasi terjadi ketika paparan berulang terhadap rangsangan mengurangi respons terhadap rangsangan tersebut. Sensitisasi terjadi ketika rangsangan berulang meningkatkan respons, membuat seseorang lebih sensitif terhadap nyeri (Dahmen et al., 2010).

4. Teori interaksi sensoris

Teori ini menggambarkan dua sistem yang melibatkan transmisi rasa sakit, yaitu sistem cepat dan lambat. Yang terakhir dianggap menghantarkan aferen somatik dan visceral, sedangkan yang pertama dianggap menghambat transmisi serat-serat kecil. (Moayedi & Davis, 2013)

Teori ini menjelaskan bahwa nyeri dipandang sebagai hasil dari integrasi dan pemrosesan informasi dari berbagai jenis reseptor sensorik, termasuk mekanoreseptor (yang mendeteksi sentuhan dan tekanan), termoreseptor (yang

mendeteksi suhu), dan nosiseptor (yang mendeteksi rangsangan berpotensi merusak). Interaksi antara sinyal dari reseptor-reseptor ini menentukan pengalaman nyeri

Otak dan sumsum tulang belakang memainkan peran kunci dalam mengintegrasikan dan memodulasi sinyal sensorik yang datang dari berbagai sumber.

Faktor-faktor seperti konteks situasional, emosi, dan pengalaman sebelumnya juga mempengaruhi persepsi nyeri. Misalnya, kecemasan atau stres dapat meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri, sementara faktor-faktor positif seperti relaksasi atau distraksi dapat mengurangi persepsi nyeri.

Neurotransmitter dan neuromodulator (seperti serotonin, norepinefrin, dan endorfin) berperan dalam mengatur transmisi dan persepsi nyeri. Interaksi kimiawi ini mempengaruhi seberapa kuat sinyal nyeri yang dirasakan oleh otak (Sheffler ZM, Reddy V, 2023).

5. Teori Dermatome

Teori nyeri dermatome disebut juga nyeri alih. Teori dermatome adalah konsep dalam neuroanatomi dan fisiologi nyeri yang menjelaskan bagaimana nyeri dapat dipetakan berdasarkan distribusi dermatome. Nyeri yang terjadi bagian dermatome (kulit) atau struktur embrionik yang sama atau bagian tubuh yang dipersyarafi oleh saraf spinal dari segmen yang sama akan merasakan nyeri bersamaan. Misal, pada nyeri jantung maka akan ditunjukkan dengan nyeri di tangan kiri (Marchand, 2024).

Dermatome adalah area kulit yang dipersyarafi oleh serabut sensorik dari satu akar saraf tulang belakang. Tubuh manusia memiliki 31 pasang saraf tulang belakang, dan setiap saraf tulang belakang sehingga akan memberikan input sensorik dari wilayah kulit tertentu.

6. Teori Gate Kontrol

Teori nyeri ini menjelaskan bahwa terjadinya nyeri akibat semacam pintu gerbang yang dapat memfasilitasi transmisi sinyal nyeri. Penurunan dan peningkatan derajat

nyeri terjadi karena adanya modulasi impuls yang masuk ke kornu dorsalis. Saraf yang ada di sumsum tulang menjadi gerbang (*gate*) yang terbuka dan tertutup. Peningkatan nyeri terjadi jika impuls saraf dibuka dan terjadilah penghantaran impuls saraf di sumsum tulang belakang menuju otak kemudian pesan terhadap nyeri baru sampai otak sehingga menimbulkan respon nyeri. Sebaliknya penurunan nyeri terjadi jika impuls saraf di tutup, penghantaran impuls saraf dari sumsum tulang ke otak mengalami hambatan sehingga seseorang tidak berespon terhadap nyeri (Marchand, 2024).

Ada dua jenis serabut saraf utama yang terlibat dalam transmisi nyeri:

- a. Serabut saraf kecil (C fibers dan A-delta fibers) yang membawa sinyal nyeri.
- b. Serabut saraf besar (A-beta fibers) yang membawa sinyal non-nyeri seperti sentuhan, tekanan, dan getaran.

Aktivasi serabut saraf besar (A-beta) yang membawa sinyal non-nyeri dapat menutup gerbang dan mengurangi transmisi sinyal nyeri yang dibawa oleh serabut saraf kecil (C dan A-delta). Sebaliknya, aktivasi serabut saraf kecil (C dan A-delta) yang membawa sinyal nyeri dapat membuka gerbang dan meningkatkan transmisi sinyal nyeri.

Teori ini juga mengakui peran penting faktor psikologis dalam persepsi nyeri. Emosi, perhatian, dan keadaan mental dapat mempengaruhi gerbang, dengan stres dan kecemasan cenderung membuka gerbang (meningkatkan nyeri), sementara distraksi dan relaksasi cenderung menutup gerbang (mengurangi nyeri) (Vadivelu et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Dahmen, J. C., Keating, P., Nodal, F. R., Schulz, A. L., & King, A. J. (2010). Adaptation to Stimulus Statistics in the Perception and Neural Representation of Auditory Space. *Neuron*, 66(6), 937–948.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.05.018>
- Marchand, S. (2024). Theories of Pain. In *The Pain Phenomenon*. Springer, Cham.
https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-031-56541-0_4
- Marzvanyan A, A. A. (2023). *Physiology, Sensory Receptors*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539861/>
- Moayed, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: From specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, 109(1), 5–12. <https://doi.org/10.1152/jn.00457.2012>
- Raja S, Carr D, Cohen M, Finnerup N, Flor H, & Gibson S. (2021). The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain [revista en Internet]* 2021 [acceso 4 de marzo de 2022]; 161(9): 1-16. *Pain*, 161(9), 1976–1982.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Reneman, M. F., Selb, M., Korwisi, B., Barke, A., Escorpizo, R. S., Tu, S. W., & Treede, R. D. (2023). Towards harmonizing the concepts and definitions of pain in the World Health Organization's Family of International Classifications. *Pain*, 164(6), 1240–1244.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002854>
- Sheffler ZM, Reddy V, P. L. (2023). *Physiology, Neurotransmitters* (In: StatPe). StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539894/>
- Trachsel LA, Munakomi S, C. M. (2023). *Pain Theory*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545194/>
- Vadivelu, N., Kai, A. M., Kodumudi, G., Babayan, K., Fontes, M., & Burg, M. M. (2017). *Pain and Psychology – A Reciprocal Relationship*. 173–180.

BIODATA PENULIS



Ns. Remita Hutagalung, M.K
Menyelesaikan pendidikan S1 di PSIK Universitas Airlangga Surabaya dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung. Saat ini penulis sebagai pengajar di STIKES Dirgahayu Samarinda sejak tahun 2006. Penulis melaksanakan tri dharma perguruan tinggi dalam bidang keperawatan gawat darurat dan kritis.

BAB 3

Penilaian dan Pengkajian Nyeri

Ns. Dedi Irawan., S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Nyeri merupakan konsep yang luas yang mencakup penilaian klinis terhadap jenis, signifikansi, dan konteks pengalaman nyeri individu berdasarkan observasional, serta multidimensi terhadap pengalaman nyeri yang dirasakan yang mencakup intensitas, lokasi, durasi dan diskripsi nyeri serta dampaknya terhadap aktivitas, ataupun faktor yang mempengaruhi nyeri secara psikososial (Morton, Fontaine, Hudak, Gallo, 2012).

Psikososial yang dapat mengubah persepsi nyeri dan strategi koping yang meliputi riwayat sosial, masalah keyakinan, budaya, agama, dan pengalaman nyeri pertama. Selain itu respon keluarga terhadap nyeri dapat memberikan pengaruh negatif ataupun positif tentang nyeri yang sedang dirasakan (Perry & Potter, 2010).

Nyeri yang sering dirasakan oleh pasien dapat di golongan dalam nyeri akut karena memiliki penyebab yang telah dikenali dan akan hilang dalam kurun waktu tertentu. Sebaliknya nyeri kronis berbeda dengan nyeri akut, nyeri kronis dapat berlangsung selama jangka waktu yang tidak terbatas serta berlangsung secara terus menerus bahkan lebih dari enam bulan (Sutiyono & Mochamat, 2022).

B. Penilaian Nyeri

Ada 3 tipe perangkat penilaian nyeri yaitu :

1. Self-report measure

Pengukuran tersebut seringkali melibatkan penilaian nyeri pada beberapa jenis skala metrik. Seorang penderita diminta untuk menilai sendiri rasa nyeri yang dirasakan. Menggunakan buku harian merupakan cara lain untuk memperoleh informasi baru tentang nyerinya jika rasa nyerinya terus menerus atau menetap atau kronik. Self-report dianggap sebagai standar emas untuk pengukuran nyeri karena konsisten terhadap definisi/makna nyeri. Yang termasuk dalam self-report measure adalah deskripsi rasa sakit berupa jenis dan intensitas nyeri dan peringkat nyeri dengan skala pengukuran nyeri.

2. Observational measure (pengukuran secara observasi)

Pengukuran ini adalah metode lain dari pengukuran nyeri. Observational measure biasanya mengandalkan pada seorang terapis. Pengukuran ini relatif mahal karena membutuhkan waktu observasi yang lama. Pengukuran ini mungkin kurang sensitif terhadap komponen subyektif dan affektif dari nyeri, yang termasuk dalam observational measure adalah verbalisasi, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan status emosional

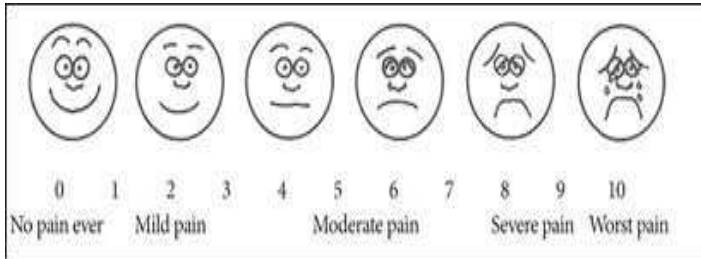
3. Pengukuran fisiologis

Perubahan biologis dapat digunakan sebagai pengukuran tidak langsung pada nyeri akut. Sebagai contoh, pernapasan atau denyut nadi mungkin menunjukkan beberapa perubahan yang kecil pada awal. Pengukuran fisiologis berguna dalam keadaan dimana pengukuran secara observasi lebih sulit dilakukan, yang termasuk dalam pengukuran fisiologis adalah pemeriksaan denyut nadi, jantung, tekanan darah dan pernapasan (ASPMN, 2018).

Tabel 1. Aspek Penilaian Nyeri

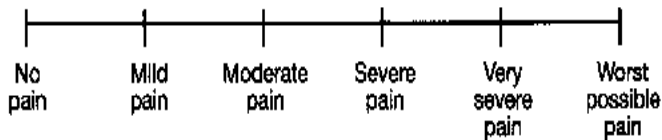
O	ONSET	Kapan mulai terjadinya nyeri? Berapa lama ? Seberapa sering terjadinya nyeri?
P	PROVOCATING/ PALLIATING	Apa yang menjadi pencetus / memperberat nyeri? Apa yang dapat meredakan nyeri?
Q	QUALITY	Kualitas nyeri? Seperti apa nyeri yang dirasakan? Dapatkan di deskripsikan? (tajam, tertusuk, terbakar)
R	REGION/ RADIATION	Apakah nyerinya menyebar? Menyebar ke daerah tubuh mana?
S	SEVERITY	Seberapa berat nyerinya dirasakan Menggunakan Asesment tools
T	TREATMENT	Pengobatan dan perawatan yang sudah dilakukan? Seberapa efektif pengobatan dan perawatan yang dilakukan sekarang? Apakah ada efek samping dari pengobatan yang dilakukan? Obat analgetik apa yang saat ini sedang digunakan?
U	UNDERSTANDING/ IMPACT ON YOU	Apa yang anda percayai yang menyebabkan timbulnya nyeri? Bagaimana gejala ini mempengaruhi anda dan/atau keluarga anda?
V	VALUES	Apa tujuan / harapan anda terhadap nyeri yang anda rasakan? Seberapa kenyamanan / tingkat yang dapat anda terima (menggunakan skala nyeri 0-10) Apakah ada pandangan lain atau perasaan anda mengenai nyeri yang anda rasakan? Seberapa penting bagi anda dan / keluarga anda?

C. Pengkajian Nyeri



Gambar 1. Visual Analog Scale (VAS)

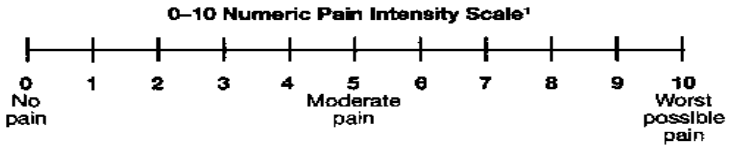
- 0 :Tidak Nyeri
- 1-3 :Nyeri Ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.
- 4-6 :Nyeri Sedang : Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 :Nyeri Berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, relaksasi nafas panjang, imajinasi dan distraksi
- 10 :Nyeri Sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul, Karakteristik paling subyektif



Gambar 2. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada proode pascabedah, karena secara alami, kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik, skala verbal ini menggunakan kata-kata, bukan garis, atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Tidak Nyeri,

Nyeri Ringan, Nyeri Sedang, Nyeri Berat, Nyeri Berat
sekali, Nyeri Sangat Berat



Gambar 3. Numerical Rating Scale (NRS)

Dianggap lebih sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap, dosis, jenis kelamin dan perbedaan etnis. Kekurangannya adalah keterbatasan pemilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri sebagai berikut: 0 :Tidak Nyeri, 1-3 : Nyeri Ringan, 4-6 : Nyeri Sedang, 7-9 : Nyeri Berat, 10 : Nyeri Sangat Berat

Tabel 2. Skala NIPS (*Neonatus Infant Pain Scale*) digunakan pada usia 0-28 hari

Assesment Nyeri	
Ekspresi Wajah 0 - Otot Relaks 1 - Meringis	Wajah tenang, ekspresi netral Otot wajah tegang, alis berkerut (ekspresi wajah negatif)
Tangisan 0 - Tidak Menangis 1 - Merengek 2 - Menangis Keras	Tenang tidak menangis Mengerang lemah intermiten Menangis kencang, melengking terus-menerus (catatan: menangis tanpa suara diberi skor diintubasi)
Pola Napas 0 - Rilaks 1 - Perubahan Napas	Bernapas biasa Tarikan Ireguler, lebih cepat di banding biasa, menahan napas, tersedak
Tungkai 0 - Relaks 1 - Fleksi/Ekstensi	Tidak ada kekuatan otot, gerakan tungkai biasa Tegang kaku
Tingkat Kesadaran 0 - Tidur/Bangun 1 - Gelisah	Tenang tidur lelap atau bangun Sadar atau gelisah

Interprestasi : Skor 0 : Tidak perlu intervensi, Skor 1-3 : Intervensi non-farmakologis, Skor 4-5 : Terapi analgetik non-opioid, Skor 6-7: Terapi Opioid

Tabel 3. FLACC Behavioral Tool (Face, Legs, Activity, Cry and Concolability) Digunakan pada Usia 3 bulan-7 tahun)

	0	1	2
Face (Wajah)	Tidak ada perubahan ekspresi (senyum)	Menyeringai, berkerut, menarik diri, tidak tertarik	Menyeringai lebih sering, tangan mengepal, mengggigil, gemetar
Legs (Tungkai)	Posisi normal atau relaksasi	Tidak nyaman, gelisah, tegang	Mengejang, tungkai dinaikan ke atas
Activity (Aktivitas)	Posisi nyaman dan normal, gerakan ringan	Menggeliat, tegang, badan bolak balik, bergerak pelan, terjaga dari tidur	Posisi badan melengkung, kaku atau menghentak tiba-tiba, tegang, menggesekan badan
Cry (Tangisan)	Tidak menangis/merintih (posisi terjaga atau tidur pulas)	Mengerang, merengek, kadangkala, menangis, rewel	Menangis keras, menjerit, mengerang, terisak, menangis rewel setiap saat
Consolability	Tenang, rilaks, ingin bermain	Minta dipeluk, rewel	Tidak nyaman dan tidak ada kontak mata

Yudiyanta, Khoirunnisa, Novitasari, (2015)

Interprestasi :

Skor total dari lima parameter diatas menentukan tingkat keparahan nyeri dengan skala0-10. Nilai 10 menunjukan nyeri yang hebat

DAFTAR PUSTAKA

- Morton, P, G, Fontaine, D, Hudak, C, M, Gallo, B, M (2012) Keperawatan Kritis, Pendekatan Asuhan Holistik, Ed 8 Vol 1, Jakarta, EGC
- Perry, A, G & Potter, P, A (2010) Fundamental Of Nursing, Singapore, Elsevier
- Sutiyono, D & Mochamat (2022) Buku Ajar Manajemen Nyeri, Semarang, Undip Press
- Turner, H, N & Czarnecki, M, L, (2018) Kurikulum Inti Keperawatan Manajemen Nyeri, Edisi 3, Lois, MO: Elsevier
- Yudiyanta, Khoirunnisa, N, Novitasari, R, W (2015) *Assessment Nyeri*, Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, Indonesia, Jurnal Cermin Dunia Kedokteran -226/Volume 42 Nomor 3 <http://ckdjurnal.com>

BIODATA PENULIS



Ns. Dedi Irawan, SKep., M.Kep lahir di Suka Mulia, pada 11 Januari 1984. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di AKPER Cut Nyak Dhien Langsa, S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Malahayati Bandar Lampung dan S2 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala (USK) Aceh. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Universitas Sains Cut Nyak Dhien di Kota Langsa

BAB 4 | Pendidikan Kesehatan pada Pasien dengan Nyeri

Notesya A. Amanupunnyo, S.Kep., Ns., M.Kes

A. Pendahuluan

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan baik secara aktual maupun potensial dan bersifat subjektif. Jika nyeri berlangsung terus-menerus dan tidak ditangani dengan tepat, hal ini dapat mengganggu rutinitas sehari-hari pasien. Oleh sebab itu dibutuhkan ketepatan dalam penanganan nyeri yang dirasakan pasien (Baharudin Mochamad, 2017; Haryani, 2019)

Penanganan nyeri dapat dilakukan dengan dua cara yakni secara farmakologi dan non-farmakologis. Umumnya penanganan nyeri secara farmakologi paling sering dipilih untuk mengatasi nyeri yaitu dengan pemberian obat anti nyeri sedangkan penanganan secara non-farmakologi seringkali diabaikan. Beberapa contoh penanganan nyeri non-farmakologi yang dapat dilakukan antara lain pendidikan Kesehatan tentang manajemen nyeri, relaksasi nafas dalam, kompres hangat, kompres dingin, dan beberapa tindakan lainnya. Dari berbagai teknik penanganan nyeri yang ada, pentingnya pendidikan nyeri dilakukan karena telah diketahui secara luas dan menyakinkan dapat membantu mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan. Oleh sebab itu hal tersebut penting untuk dimasukkan dalam perencanaan keperawatan pada pasien dan pada bab ini akan dibahas khusus terkait “Pendidikan kesehatan pada pasien dengan nyeri”.

B. Konsep Pendidikan Kesehatan tentang Manajemen Nyeri

1. Pengertian

- a. Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan baik secara aktual maupun potensial dan bersifat subjektif (Baharudin Mochamad, 2017; Haryani, 2019, Sutyono D. Mochamat, 2022)
- b. Notoatmodjo (2017), mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai proses meyakinkan individu atau menginstruksikan orang lain untuk mengambil tindakan guna mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan mereka.
- c. Pendidikan kesehatan atau edukasi manajemen nyeri adalah memberikan informasi pada pasien dan keluarga tentang cara pengelolaan nyeri, rasa nyeri yang dirasakan dan strategi yang dipakai untuk meredakan serta mengontrol rasa nyeri (PPNI, 2021).

Notoatmojo (2014), mengatakan bahwa kegiatan pendidikan kesehatan dapat dilakukan dimana saja, kapan saja dan siapa saja. Seseorang dikatakan belajar jika didalam dirinya terjadi perubahan dari tidak tahu menjadi tahu, dari yang tidak mampu melakukan menjadi mampu melakukan. Penatalaksanaan nyeri non-farmakologis adalah metode menghilangkan nyeri tanpa obat, namun harus dilakukan dengan hati-hati. Oleh karena itu, perawat memainkan peran penting dalam profesi medis karena dihadapkan langsung pada tugas keperawatan. Kenyataannya, pengobatan nyeri non-farmakologi bukanlah hal yang mudah bagi perawat. Faktor utama yang berkontribusi terhadap hal ini adalah perbedaan cara pasien memandang nyerinya. Perbedaan ini seringkali menyulitkan perawat untuk mendiagnosis dan mengobati nyeri yang dirasakan pasien. Konsekuensinya, perawat harus memperoleh keterampilan dan pengetahuan berkelanjutan tentang manajemen nyeri non-farmakologi

ketika menangani nyeri pasien (Masari Cristiani Dewi, 2016).

Mayoritas pasien yang merasakan nyeri ingin terbebas dari rasa sakit, dan mereka mengharapkan tenaga medis profesional untuk segera meredakan atau menghilangkan rasa sakit tersebut. Fakta ini segera mendorong para profesional medis untuk mengobatinya dan salah satu tindakan yang dapat dilakukan adalah melakukan edukasi nyeri (Masari Cristiani Dewi, 2016).

Pentingnya pendidikan kesehatan di rumah sakit terletak pada perannya dalam proses penyembuhan pasien dan juga merupakan aspek penting dalam keperawatan profesional (Marcum J, dkk 2002). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasriati, dkk (2016), menemukan bahwa pemberian edukasi nyeri dan manajemen nyeri dapat menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan dan tidak mempengaruhi tanda-tanda vital pasien. Hal ini berarti bahwa prosedur ini dapat diberikan pada semua pasien yang mengalami nyeri.

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan tentang Nyeri

Menurut Suliha (2002), secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan dalam hal ini pendidikan kesehatan tentang nyeri. Sementara menurut PPNI (2021), pemberian edukasi tentang nyeri pada pasien dan keluarga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang nyeri dan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan dalam memberikan edukasi kesehatan antara lain:

- a. Faktor predisposisi seperti pengetahuan pasien tentang nyeri, sikap pasien dalam menerima pendidikan kesehatan, kepercayaan pasien kepada petugas, tradisi (budaya) dan lain sebagainya

- b. Faktor pendukung seperti ketersediaan sumber/fasilitas kesehatan yang dapat digunakan pasien untuk mendapatkan bantuan dalam penanganan nyeri yang dirasakan.
 - c. Faktor penguat seperti sikap dan perilaku petugas kesehatan dalam mengatasi nyeri yang dirasakan pasien
4. Prosedur Tindakan

Salah satu ruang lingkup pendidikan kesehatan adalah pemberian kesehatan yang dilakukan kepada individu dengan sasarannya pasien. Metode ini dirasakan efektif karena petugas kesehatan dan pasien dapat bertemu secara langsung dalam hal ini bertatap muka ataupun lewat media lainnya sehingga dapat saling berdiskusi, saling memberikan respon secara langsung di waktu yang sama tentang nyeri (Notoatmodjo, 2014), maka berdasarkan Standar Prosedur Operasional PPNI (2021) langkah-langkah yang perlu dilakukan dalam edukasi manajemen nyeri pada pasien antara lain:

- a. Identifikasi pasien minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir atau nomor rekam medik)
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan seperti:
 - 1) Media edukasi (Lembar balik, Leaflet, Poster, dll)
 - 2) Alat peraga, jika diperlukan
- d. Cuci tangan 6 langkah
- e. Identifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi
- f. Jadwalkan pemberian edukasi sesuai dengan waktu yang disepakati bersama
- g. Jelaskan penyebab, periode dan strategi menurunkan nyeri
- h. Anjurkan pasien mengontrol nyeri secara mandiri
- i. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat
- j. Ajarkan teknik non-farmakologi dalam mengurangi nyeri (Relaksasi nafas dalam, Kompres hangat, Kompres dingin)

- k. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya
- l. Cuci tangan 6 langkah
- m. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan serta respon pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Baharudin Mochamad. (2017). *Patofisiologi Nyeri (Pain)*. Journal UMM. Vol. 13. No. 1. Tahun 2017
- Darmawati, Febrita Diana, Fitri Aida, Fithria, Audina Masyithah. (2021). *Efektivitas Edukasi Manajemen Nyeri pada Pasien yang Menjalani Sectio Caesarea terhadap Kepuasan Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin*. Journal of Medical Science. Vol.2. No. 2. Hlm. 54-63, Oktober 2021
- Haryani, Perdana Melyza, Hermawan Septa Adhi, Luthfiana Malina. (2019). *Efektivitas Pemberian Pendidikan Kesehatan Terstruktur tentang Penggunaan Teknik Non-Farmakologi untuk Mengurangi Nyeri Kanker*. Jurnal Keperawatan klinis dan Komunitas. Vol. 3 (1) Maret 2019
- Marcum, J., Ridenour, M., Shaff, G., Hammons, M., & Taylor, M. (2002). *A study of professional nurses' perceptions of patient education*. The Journal of Continuing Education in Nursing, 33(3), 112-8. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/223324613?accountid=17242>
- Cristiani Dewi. 2016. *Pentingnya Pemahaman Manajemen Nyeri Non Farmakologi Bagi Seorang Perawat*. Jurnal Wawasan Kesehatan. Vol. 1. No. 1. Juni 2016.
- Nasriati, R., Suryani, L., Afandi, M., (2016). *Kombinasi Edukasi Nyeri dan Meditasi Dzikir Meningkatkan Adaptasi Nyeri Pasien Pasca Operasi Fraktur*. Muhammadiyah J. Nurs., 3, 59-68
- PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta. DPP PPNI
- Sutiyono, D & Mochamat. (2022). *Buku Ajar Manajemen Nyeri*. Semarang. Undip Press
- Wati Nurul Kencana, Kusumadewi Tri, Inayati Anik. (2022). *Penerapan Guided Imagery (Imajinasi Terbimbing) Terhadap Skala Nyeri Pasien Thalasemia Dan Dispepsia Di Rsud Jend. Ahmad Yani Kota Metro*. Jurnal Cendikia Muda. Vol. 2. No. 3. September 2022

BIODATA PENULIS



Notesya Astri Amanupunnyo, S.Kep.,Ns., M.Kes, lahir di Leinitu, pada 22 November 1979. Merupakan lulusan DIII Keperawatan Depkes Ambon (2000), S1 Keperawatan (2012) dan Ners (2013) pada Universitas Hasanuddin Makassar. Mendapat gelar Magister Kesehatan dari Universitas Diponegoro (2018) dan saat ini bekerja sebagai dosen tetap pada Poltekkes Kemenkes Maluku Prodi Keperawatan Tual.

BAB 5

Manajemen Nyeri Farmakologis

Teuku Jamni, SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Keluhan nyeri merupakan keluhan yang paling umum kita temukan di dapatkan Ketika kita sedang melakukan tugas kita. Keluhan itu kita temukan kadang kala kita sering mengganggu hal ini sebagai hal yang biasa sehingga perhatian kita berikan tidak cukup memeberikan hasil yang memuaskan. Nyeri merupakan alasan yang paling umum sehingga individu mencari perawatan Kesehatan,karena nyari sangat mengganggu dan menyulitkan aktifitas individu (Gatche,Peng,Fuchs, Peters &Turk,2007).

Nyeri bukanlah sekedar sensasi fisik semata, melaikan interaksi komplek antara factor biologi,psikologo,sosial,dan Spiritula.Oleh karena itu ,untuk memehami lanskap nyeri secara menyerluruh menjadi landasan bagi perawat modern dalam memberi pelayanan manajemen yang berkualitas tinggi.

B. Konsep Nyeri

Pengertian nyeri adalah pengalaman yang komplek dan dapat mempengaruhi banyak aspek kehidupan seseorang. Nyeri akut adalah respons alami tubuh terhadap stimulus yang berpotensi merusak atau menimbulkan cedera.ini membantu kita untuk melindungi diri dan menghindari bahaya .namu ,saat nyeri berlangsung terus- menerus atau tidak kunjung reda, hal ini bisa menimbulkan masalah yang lebih besar.Nyeri kronis dapat mempengaruhi kwalitashidup seseorang secara signifikan,membatasi kebutuhan fisik, emosional, dan

psikologis mereka, penanganan yang tepat pada tahap awal nyeri dapat mencegah perubahan menjadi kronis, atau membantu mengelola kondisi nyeri yang telah berlangsung lama.

1. Manajemen Nyeri.

Nyeri adalah pengalaman subjektif yang hanya bisa di rasakan oleh individu itu sendiri, melibatkan pola pikir, aktifitas langsung, serta perubahan dalam hidup seseorang, oleh karena itu manajemen Nyeri menjadi penting. Manajemen Nyeri adalah Upaya untuk mengidentifikasi dan mengatasi sensasi sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan atau fungsional, baik dengan obset yang cepat maupun lambat, serta intensitas yang bervariasi dari ringan hingga parah, dan dapat berlangsung secara kronis.

2. Tujuan Manajemen Nyeri.

Adalah untuk mengurangi dampak nyeri yang mengganggu aktivitas sehari – hari penderita, pendekatan ini diterapkan ketika seseorang mengalami rasa sakit yang signifikan atau berlanjut, sasaran dari manajemen nyeri meliputi mengurangi intensitas nyeri, meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terpengaruh, dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Ada berbagai metode yang di gunakan dalam manajemen nyeri baik farmakologi maupun non- farmakologi.

3. Manajemen Nyeri dengan pendekatan farmakologik

Ada tiga kelompok utama obat yang di gunakan untuk menangani rasa nyeri:

- a. Analgetika golongan narkotika
- b. Analgetik golongan narkotika
- c. Adjuvan

4. Manajemen Nyeri

- a. Intervensi Farmakologi
- b. Intervensi Non Farmakologis

TAHAPAN PEMBERIAN ANTI NYERI

Tabel 1. Nyeri Ringan

Nyeri Ringan				
No	Nama Obat	Dosis	Pemakaia n	Efeknya
1	Aspirin	2400- 3600 mg/har i	4-6kali	Hati-hati terhadap riwayat perdarahan lambung.
2	Paracetam ol	2000- 4000 mg/har i	4- 6kali/hari	Overdosis dapat mengakibatk an kerusakan hati
3	Ibuprofen	1200- 1600 (max 2400)m g/hari	3- 4kali/hari	Perhatikan adanya riwyat maag/iritasi lambung

Tabel 2. Nyeri Sedang

Nyeri Sedang				
No	Nama Obat	Dosis	Pemakaia n	Efeknya
1	Codeine dan aspirin (Codis	325/30,	aktif 4-6 jam	mengantuk, kosntipasi dan mual.
2	Codeine dan parasetam ol (Paracodol)	500/8, 500/30,	aktif 4-6 jam	konstipasi, mengantuk, pusing.

3	Codeine	30-240	aktif 4-6 jam	konstipasi dan depresi pusat batuk
4	Dihydrocodeine (DF118)			

a. Nyeri Hebat.

- 1) Mulai dengan opioid yang lebih kuat,mungkin dengan adjuvant.
- 2) Dextropropoxyphene (Doloxene)
- 3) Pentazocine (Sosend)

b. Nyeri Neuropati

- 1) Hampir Sebagian besar nyeri neuropatik tidak berespon terhadap NSAID dan analgesic opioid
- 2) Terapi utamanya: the tricyclic antidepressants (TCA's), the anticonvulsants and the systemic local anesthetics
- 3) Agen farmakologi yang lain: corticosteroids, topical therapy with substance p depletors, autonomic drugs and NMDA receptor antagonists
- 4) Contoh obat baru : pregabalin (Lyrica) dan Pfizer untuk nyeri neuropati.

No	Nama Obat	Efek Samping
1	Asetosal	● Memiliki aktivitas analgetik,antipretik, dan antiinflamasi ● Memiliki efek antiplatelet sehingga dapat mencegah pembekuan darah.sebaiknya jangan di gunakan pada pasien dengan gangguan pembekuan darah misalnya, hemofili,sirosis hati,trombositopenia, atau pada pasien pasca operasi.

		•Jangan di minum ketika lambung kosong,tidak di benarkan pada pasien yang punya Riwayat gangguan lambung. •Dapat menyebabkan Reyes's syndrum,jangan di gunakan pada anak-anak di bawah 12 tahun •Jangan di gunakan pada pasien yang punya Riwayat alergi(rhinitis,urtikaria,asma,anafilaksis, dll)
2	Aspirin,Asam ,asetilsalisilat.	Tidak di benarkan pada Wanita hamil, dapat memperpanjang waktu kelahiran. Dan meninggalkan resiko pendarahan pasca kelahiran (post-partum)

c. Asam Mefenamat

- 1) Memiliki khasiat analgetic, antipiretik dan anti-inflamasi yang cukup, tapi tidak lebih kuat dari pada asetosal.
- 2) Bersifat asam, dapat menyebabkan gangguan lambung.
- 3) Sebaiknya jangan di minum pada saat perut kosong,atau pada pasien dengan Riwayat gangguan saluran pencernaan/lambung.
- 4) Banyak menyebabkan efek samping : diare, trombositopenia,anemia hemolitik, dan ruam kulit
- 5) Tidak di rekomendasi untuk penggunaan pada anak-anak dan Wanita hamil.
- 6) Sebaiknya tidak digunakan dalam jangka waktu lebih dari seminggu, dan pada pemakain lama perlu di lakukan pemeriksaan darah.

d. Opioid

- 1) Diberikan untuk nyeri yang akut yang berat dan sebagai pain control

- 2) Efek samping : Sedasi, somnolen, euforia, Gerakan yang tidak terkontrol, hipotensi, trombositopenia, depresi pusat nafas, pruritus, kulit seperti terbakar.
- 3) Contoh
- 4) : Morfin, Kodein, Petidin, Tramadol, Fentanil.

DAFTAR PUSTAKA

- Ana Zakiyah, 2015. Nyeri “ Konsep dan Penatalaksanaan dalam Praktek Keperawatan .Anak, Jakarta : Salemba Medika.
- Aisyah, S, (2017). Manajemen Nyeri Pada lansia dengan pendekatan Non Farmakologi, Jurnal Keperawatan Muhammadiyah.
- Achard, Graham dan Bull, Eleanor, 2007 Simple Guide Nyeri Punggung, Jakarta : Erlangga.
- Arifin, Hasanul., Pengelolaan Nyeri Akut, Bagian/SMF Anestesiologi dan Reanimasi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan ,2002
- Bangun, Argi Vigora dan Susi Nur, aeni. (2013). Pengaruh Aromaterapi Lavender terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi di Rumah sakit Dustira Cimahi, Jurnal Keperawatan Sudirman (The Soedirman Journal of Nursing)
- Bahrudin, M. (2018). Patofisiologi Nyeri (Pain). Saintika Medika, 13(1), 7. <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Gatchel, R., Peng, Y., Fuchs, P., Peters, M., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 4, 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Kisworo. (2008). Nyeri Sendi akibat Rematik. Jakarta : EGC
- Syalfina, A. D. (2017). Faktor Risiko Dan Penanganan Nyeri Persalinan. 9(2), 326
- Toms, L., Derry, S., Moore, R.A., dan McQuay, H.J., 2009. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001547.
- Tripathi, S., Shah, R., dan Sharma, D.C., 2012. Analgesic activity of fixed dose combinations of paracetamol with diclofenac sodium and paracetamol with tramadol on different pain models in healthy volunteers - A randomized double

blind crossover study. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, **28**: 465–469.

Tetty, S. (2015) Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta: EGC.

Nicholls, AJ dan Wilson, IH.,Manajemen nyeri akut, in Kedokteran Perioperatif, Darmawan, Iyan (ed), Farmedia, Jakarta, 2001, bab 14, 57-69

BIODATA PENULIS



Teuku Jamni,SKM,M,Kes.. Lahir di MS Lingkok Busu, 04 April 1974. Jenjang Pendidikan Sekolah Perawat, S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Dan S2 Kesehatan Masyarakat. Dosen Tetap Jurusan Gizi Di Poltekkes Kemenkes Aceh.
Email: tjamni1974@gmail.com

BAB 6

Manajemen Nyeri Non Farmakologi

*Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep.,
M.Kep., Sp.Kep.M.B*

A. Pendahuluan

Tata laksana nyeri menggunakan dua pendekatan yaitu, manajemen nyeri farmakologi dan manajemen nyeri non farmakologi. Nyeri baik itu nyeri akut maupun nyeri kronis merupakan suatu pengalaman subyektif bagi penderitanya. Nyeri dirasakan sebagai pengalaman yang mungkin berbeda pada satu dengan lain penderita. Selain itu juga merupakan tanda dan gejala penting yang dapat menunjukkan telah terjadinya gangguan secara fisiologis.

Penanganan yang tepat dibutuhkan untuk meredakan rasa nyeri dan meningkatkan kualitas hidup penderitanya, terutama pada nyeri kronis. Manajemen nyeri adalah mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat dan konstan. Implikasi dari nyeri yang tidak tertangani dengan baik akan memperburuk status hemodinamik dan menurunkan kualitas hidup penderitanya. Untuk itu diperlukan manajemen nyeri yang tepat baik secara farmakologi dan non farmakologi.

B. Konsep Manajemen Nyeri Non Farmakologi

1. Definisi

Manajemen nyeri non farmakologi adalah suatu pendekatan untuk mengatasi nyeri yang dialami penderitanya dengan menggunakan teknik diluar obat-

obatan farmakologi. Adapun tujuannya adalah mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, meningkatkan fungsi bagian tubuh yang sakit dan meningkatkan kualitas hidup. Manajemen nyeri non farmakologi dapat diaplikasikan pada nyeri akut dan nyeri kronis. Berbagai pendekatan non farmakologi yang digunakan dalam manajemen nyeri kronis diantaranya adalah modalitas, manipulasi, taping, *dry needle*, exercise/latihan, ortosis, protesis & sepatu, intervensi psikologik, kompres dingin atau hangat.

2. Manajemen Nyeri Non Farmakologi.

Terapi fisik dengan menggunakan modalitas juga berperan dalam manajemen nyeri. Beberapa terapi modalitas tersebut adalah:

a. Terapi laser

Laser (*light amplification by stimulated emission of radiation*) memiliki efek biofisik yang kompleks dengan 3 karakteristik yang khas yaitu monokromatik, kolimasi, koheren. Melalui efek fisiologisnya sebagai fotobiomodulasi yang terbagi menjadi dua, fotobiostimulasi dan fotobioinhibisi yang keduanya berperan dalam manajemen nyeri. Karena manajemen nyeri sangat berhubungan dengan aktivitas saraf perifer yang diterangkan dalam teori *gate control* yang mempengaruhi konduksi dan latensi distal saraf perifer.

b. TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*)

TENS sebagai salah satu terapi non invasif terhadap penanganan nyeri dibandingkan obat dan pembedahan yang sering memberikan efek samping yang serius. Adapun prinsip biofisik yang mendasari TENS yaitu meneruskan/menyampaikan arus listrik melalui perantara kulit. Efek fisiologis adalah selektif depolarisasi saraf sensorik-motor-nosisepsi perifer pada lapisan kulit. Modulasi nyeri selama dan setelah pemberian terapi TENS dicapai melalui 2 dasar mekanisme neurofisiologis yaitu melalui sistem *gate control* di peringkat substansia gelatinosa, *dorsal horn*

medulla spinalis dan sistem *opiate* di peringkat supraspinal (area kortikal dan subkortikal). Dosis tergantung pada mode, durasi dan frekuensi, juga memperhatikan *precaution* dan kontraindikasi tertentu.

Direkomendasikan untuk *Low* TENS diaplikasikan pada arus/frekuensi 1-2 mA/50-100 Hz, pada kasus nyeri akut selama 1-20 menit bisa dilanjutkan selama 30 menit – 2 jam untuk mendapatkan efek analgesia durasi pendek. Sedangkan *high* TENS diaplikasikan pada arus/frekuensi 15-20 mA/1-5Hz diindikasikan pada kasus nyeri kronik selama 30 menit untuk durasi pendek dan 2-6 jam untuk durasi jangka panjang, selama 3-4 minggu pada kasus nyeri neuropatik.

c. *Ultrasound (US)*

Ultrasound (US) memberikan efek panas terhadap jaringan yang mengandung kolagen tinggi seperti tendon, ligamen, kapsul sendi, dan fasciae. US dalam mengontrol rasa sakit dengan mengubah transmisi atau persepsi atau dengan memodifikasi kondisi yang mendasari rasa nyeri.

Efek ini adalah hasil dari stimulasi reseptor termal kulit atau meningkatnya ekstensibilitas jaringan lunak yang disebabkan oleh peningkatan suhu jaringan. Hasil perubahan konduksi saraf yang disebabkan oleh peningkatan suhu jaringan atau hasil dari modulasi peradangan yang disebabkan oleh efek *non-thermal* US. Dalam mengurangi rasa nyeri pada kondisi inflamasi dengan mempengaruhi sinyal nyeri.

Dikatakan US terus menerus dapat efektif dalam mengurangi nyeri. Sebelum pemberian US tetap memperhatikan *precaution* dan adakah kontraindikasi itu tidak digunakan pada area tulang belakang, area jantung dan tempat dicurigai adanya tumor ganas.

d. *Hidroterapi*

Hidroterapi secara umum menggambarkan penggunaan air untuk tujuan terapeutik. Berbagai sifat biofisik hidroterapi yaitu densitas, spesifik gravitasi, viskositas, spesifik panas, konduksi termal dan gaya hidromekanik yang terdiri dari tekanan hidrostatik, *buoyancy* dan *total drag force*. Adapun efek fisiologis dan terapeutik didasari pada efek termal dan mekanik. Efek termal melalui *cryotherapeutic* dan *thermotherapeutic* yang dapat menstimulasi sensorik melalui mekanoreseptor perifer dalam proses transmisi nyeri pada peringkat *medulla spinalis*.

Berkurangnya *weight bearing* pada teknik imersi dan menurunkan inflamasi subimersi dingin juga memainkan peran dalam mengontrol nyeri. Suhu *neutrohydrotherapy* adalah 32°- 34°, di atas suhu itu disebut sebagai *thermotherapeutic* dan di bawah suhu itu merupakan *cryotherapeutic*. Dosis ditentukan secara kualitatif (sensasi pasien) dan kuantitatif (gradient suhu). Sebelum meresepkan terapi ini, dianjurkan untuk selalu memperhatikan *precaution* dan kontraindikasi tertentu.

e. *Cryotherapy*

Terapi ini adalah menggunakan *ice pack*, handuk dingin atau preparat gel pack yang diaplikasikan pada kulit dengan peringkat intensitas yang nyaman terhadap pasien. Diberikan selama 15 menit. Kontraindikasi pada pasien dengan gangguan sensasi kulit dan gangguan sirkulasi.

f. *Taping*

Kinesio tape merupakan elastis *tape* yang digunakan oleh dokter untuk meningkatkan performa dalam beraktivitas dan memfasilitasi penurunan rasa nyeri selama beraktivitas fisik pada individu dengan cedera jaringan. Sebuah studi randomisasi terbaru melaporkan respon pasien dengan nyeri bahu terhadap

terapi kinesio taping dibandingkan dengan plasebo, menghasilkan efek nyata dalam menurunkan nyeri saat sendi bahu tetap dalam keadaan aktif bergerak.

g. *Dry needle*

Trigger point dry needle merupakan prosedur seperti tusuk jarum akupunktur dimana insersinya pada kulit hingga otot dilokasi yang terdeteksi nyeri myofascial (MPS-*myofascial syndrome*). Jarum dilepaskan jika *trigger points* tidak aktif lagi dan setelah *dry needle* biasanya diikuti oleh latihan *stretching*. Dunning, dkk (2014), dalam studinya telah menunjukkan perbaikan jangka pendek secara langsung terhadap penurunan nyeri dengan menargetkan *trigger points*.

Akupunktur medis adalah tindakan akupunktur yang diberikan oleh dokter. Tindakan ini terbukti dalam tata laksana nyeri kepala dan nyeri pinggang, pada penelitian dikatakan masuknya jarum akupunktur pada titik akupunktur atau tidak, akan memberikan efek fisiologis. Hal ini diterangkan dengan teori *Control "GATE"* dan adanya pelepasan opioid endogen untuk efek analgesik akupunktur

h. *Exercise/latihan*

Literatur saat ini menunjukkan bahwa dengan latihan memiliki efek baik atau berefek potensial bermanfaat dalam mengurangi risiko eksaserbasi nyeri punggung atau disabilitas dalam bekerja. Manfaat yang paling jelas dari latihan adalah kemampuan dalam meningkatkan atau mempertahankan fungsi muskuloskeletal dan kardiovaskular. Latihan berguna untuk meningkatkan fungsi pada pasien dengan *low back pain* (LBP).

i. *Stretching/ peregangan*

Stretching berfungsi selain meningkatkan ambang nyeri juga meningkatkan ROM, melalui perubahan viskoelastis unit otot-tendon. Melalui *systematic review* Da costa, Vleira R 2008, *stretching* memiliki efek yang

baik dalam menurunkan nyeri gangguan muskuloskeletal pada para pekerja.

j. *Strengthening*/ penguatan

Diantaranya adalah isometric strengthening, isotonic strengthening dan isokinetic strengthening.

k. Ortosis, proteksi & sepatu

Dengan ortosis Lumbar dalam mencegah perburukan dan sebagai tata laksana pada LBP memiliki peringkat *evidence* sedang. Selain itu Petra, dkk (2001) mengatakan pemberian ortosis lumbar lebih efektif dibandingkan tanpa terapi dan dibandingkan dengan terapi lainnya. Bukti bahwa lumbar ortosis/lumbar *support* efektif dalam mengurangi rasa nyeri dibandingkan dengan manipulasi tulang belakang, *massage* dan analgesia sederhana dalam populasi akut/kronik dengan LBP.

l. Intervensi psikologik

Intervensi ini berupa *self management*/teknik *coping*, *cognitive behavioural therapy*, terapi *insight-oriented*, *behavioural approaches* (*respondent conditioning* and *the operant approach*), *motivational interviewing*, meditasi, *guided imagery*, terapi grup dan hipnosis. Terapi kognisi disini juga mencakup pemberian informasi, pemilihan dan kontrol, distraksi dan atensi, '*guided imagery*', hipnotik dan psikoterapi. Terapi *behavioural* ini seperti pemberian latihan, terapi relaksasi, *biofeedback* dan modifikasi *behavioural*.

Suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialaminya. Macam-macam teknik distraksi diantaranya yaitu dengan bernapas perlahan dalam hitungan waktu tertentu; masase sambil menarik napas; mendengarkan lagu; membayangkan hal yang menyenangkan; menonton TV.

Selanjutnya, teknik relaksasi dapat berupa napas dalam dengan cara menarik dan menghembuskan napas secara teratur. Teknik ini dapat menurunkan ketegangan otot yang menunjang rasa nyeri.

m. Kompres dingin atau hangat.

Kompres dingin bertujuan untuk menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan terhadap rangsang nyeri dan menghambat proses inflamasi. Kompres hangat berdampak pada peningkatan aliran darah sehingga menurunkan nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- Azis Alimul Hidayat (2015). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia
2nd ed. Edited by Tri Utami. Jakarta Selatan: Salemba
Medika.
- Brunner & Suddarth (2015). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah
8th ed. Edited by Monika Ester. Jakart: EGC.
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Nyeri
(2019). Keputusan Menteri Kesehatan RI.
- Suwondo, Lucas & Sudadi (2017). Buku Ajar Nyeri. *Indonesia Pain
Society*.

BIODATA PENULIS



Endah Panca Lydia Fatma, Ners, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B lahir di Malang, pada 1 April 1986. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Departemen Keperawatan Universitas Brawijaya.

BAB 7

Manajemen Nyeri Akut

Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep

A. Pendahuluan

Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah fenomena rumit yang tidak hanya mencakup respons fisik atau mental, tetapi juga emosi emosional individu. Penderitaan seseorang atau individu dapat menjadi penyebab utama untuk mencari perawatan medis, dan juga dapat menjadi alasan individu untuk mencari bantuan medis. Kenyamanan individu diperlukan, dan itu harus menyenangkan. Sakit merupakan kebutuhan penderitanya. Nyeri adalah keadaan tidak nyaman yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terjadi dari suatu daerah tertentu (Cholifah, S, et al 2016).

B. Konsep Nyeri Akut

1. Pengertian

Nyeri Akut Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respon biologis terhadap suatu cedera jaringan dan menjadi suatu tanda bila ada kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri terjadi bukan karena penyakit sistematis, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan (de Boer, 2018). Nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan

berintensitas ringan hingga berat, yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Benzon et all, 2005) berdasarkan jenisnya nyeri diklasifikasikan menjadi:

- a. Nyeri nosiseptif terjadi karena kerusakan jaringan baik somatik maupun viseral. Stimulasi nosiseptor baik secara langsung maupun tidak langsung akan mengakibatkan pengeluaran mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik.
- b. Nyeri neurogenik adalah nyeri yang didahului atau disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf perifer. Hal ini disebabkan oleh cedera pada jalur serat saraf perifer, infiltrasi sel kanker pada serabut saraf, dan terpotongnya saraf perifer. Sensasi yang dirasakan adalah rasa panas dan seperti ditusuk-tusuk dan kadang disertai hilangnya rasa atau adanya sara tidak enak pada perabaan. Nyeri neurogenik dapat menyebabkan terjadinya allodynia. Hal ini mungkin terjadi secara mekanik atau peningkatan sensitivitas dari noradrenalin yang kemudian menghasilkan *sympathetically maintained pain (SMP)*. SMP merupakan komponen pada nyeri kronik. Nyeri tipe ini sering menunjukkan respon yang buruk pada pemberian analgetik konvensional.
- c. Psikogenik Nyeri ini berhubungan dengan adanya gangguan jiwa misalnya cemas dan depresi. Nyeri akan hilang apabila keadaan kejiwaan pasien tenang.

Berdasarkan timbulnya nyeri menurut Mangku G, 2005, dapat diklasifikasikan menjadi:

Nyeri akut adalah nyeri yang timbul mendadak dan berlangsung sementara. Nyeri ini ditandai dengan adanya aktivitas saraf otonom seperti : takikardi, hipertensi, *hiperhidrosis*, pucat dan *midriasis* dan

perubahan wajah : menyeringai atau menangis Bentuk nyeri akut dapat berupa:

- 1) Nyeri somatik luar : nyeri tajam di kulit, subkutis dan mukosa
- 2) Nyeri somatik dalam : nyeri tumpul pada otot rangka, sendi dan jaringan ikat
- 3) Nyeri viseral : nyeri akibat disfungsi organ visceral

3. Fisiologis Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan adanya reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri adalah *nociceptor* yang merupakan ujung-ujung saraf bebas yang sedikit atau hampir tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan *mukosa*, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu. Nyeri dapat terasa apabila reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut saraf *perifer aferen* yaitu serabut A-delta dan serabut C. Serabut A mempunyai myelin sehingga dapat menyalurkan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, dapat melokalisasi sumber nyeri dengan jelas dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki myelin, berukuran sangat kecil, sehingga buruk dalam menyampaikan impuls terlokalisasi *visceral* dan terus-menerus. Ketika rangsangan serabut C dan A-delta dari perifer disampaikan maka mediator biokimia akan melepaskan yang aktif terhadap respon nyeri seperti : kalium dan *prostaglandin* yang akan keluar jika ada jaringan yang rusak. *Transmisi* stimulus nyeri akan berlanjut sepanjang serabut saraf aferen dan berakhir di bagian *kornu dorsalis medulla spinalis*. Saat di *kornu dorsalis*, *neuritransmitter* seperti substansi P dilepas sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer menuju saraf *traktus spinolatus* lalu informasi dengan cepat disampaikan ke pusat *thalamus* (Aydede, 2017).

4. Tanda Dan Gejala Nyeri Akut

Tabel 1. Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Data	Mayor	Minor
Subjektif	Mengeluh Nyeri	Tidak ada
Objektif	a. Tampak Meringis b. Bersikap protektif (mis waspada, posisi menghindari nyeri)	a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaphoresis

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

Tabel 2 : Reaksi Fisiologis Terhadap Nyeri

Respon	Penyebab atau Efek
Stimulasi Simpatik	
Dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan frekuensi pernapasan	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Menghasilkan energi tambahan
Peningkatan kadar glukosa darah Diaforesis	Mengontrol temperature tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot melakukan aksi
Dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan lebih baik
Penurunan motilitas saluran cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat
Simulasi Parasimpatik	

Pucat	Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer
Ketegangan otot	Akibat keletihan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vegal tubuh gagal akibat stress nyeri yang terlalu lama
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan
Mual dan muntah	Mengembalikan fungsi saluran cerna
Kelemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik

Sumber: (Aydede, 2017)

5. Penatalaksanaan Nyeri Akut

a. Farmakologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), pemberian analgetic yang dibagi sebagai berikut:

1) Pemberian Parenteral

Pemberian analgetic *parenteral* (*rute intramuscular, intravena, subcutan*) menghasilkan efek lebih cepat dibanding pemberian oral, terapi durasi efek lebih pendek. Pemberian obat parenteral dapat diindikasikan jika pasien tidak diperbolehkan masukan peroral atau pasien mengalami mual dan muntah.

2) Rute Oral

Rute oral dipilih dibanding pemberian parenteral jika pasien mampu menggunakan obat melalui mulut, karena cara ini mudah, noninvasif dan tidak menyakitkan seperti injeksi.

3) Rute Rektal

Pemberian rute rektal mungkin diindikasikan untuk pasien yang tidak mampu menggunakan obat-obatan melalui rute lainnya.

4) Rute Intraspinal

Infus opioid atau agens lokal kedalam ruang subaraknoid (ruang *intratekal* atau *medulla spinalis*) atau ruang epidural efektif dalam mengontrol nyeri pada pasien pasca operasi juga dengan nyeri kronis yang tidak reda melalui metode lain.

Praktik dalam tatalaksana nyeri, secara garis besar strategi farmakologi mengikuti "*World Health Organization Three Step Analgesic Ladder*" yaitu :

- a) Tahap pertama dengan menggunakan obat analgetik *nonopiat* seperti NSAID (*Nonsteroid Anti Inflammatory Drugs*) atau COX2 (*Cyclooxygenase-2*) spesifik *inhibitors*.
- b) Tahap kedua, dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri. Maka diberikan obat-obat seperti pada tahap 1 ditambah opiat secara intermiten.
- c) Tahap ketiga, dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opiat yang lebih kuat. Penanganan nyeri berdasarkan patofisiologi nyeri paada proses transduksi dapat diberikan anestesi lokal dan atau obat anti radang non steroid, pada transmisi impuls saraf dapat diberikan obat-obatan anestetik lokal, pada proses modulasi diberikan kombinasi anestetik lokal, narkotik, dan atau klonidin, dan pada persepsi diberikan anestetik umum, narkotik, atau parasetamol (Morgan, G.E,1996).

b. Non Farmakologi

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018 Intervensi pada Nyeri Akut adalah Manajemen nyeri dengan Kode Intervensi (I.08238) adalah sebagai berikut:

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri

- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetic

Terapeutik

- 10) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), hypnosis, teknik akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 12) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 18) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

DAFTAR PUSTAKA

- Aydede, M. (2017). Defending the IASP definition of pain. *the monist*, 100(1). 439-464.
- Benzon, et al., (2005), *The Assesment of Pain*, In *Essential of Pain Medicine and Regional Anaesthesia*, 2 nd ed, Philadelphia.
- Cholifah, S., Suharno, Matsuri, & Kamsiyati, S. (2016). Penerapan Model Pembelajaran Pair Checks Untuk Meningkatkan Pemahaman Konsep Bilangan Romawi.
- Mangku G., (2005), *Nyeri dan Mutu Kehidupan*, Buletin IDI, Denpasar.
- Morgan, G.E., (1996), *Pain Management*, In: *Clinical Anesthesiology* 2 nd ed. Stamford: Appleton and Lange
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., (2001), "Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner &Suddarth. Vol. 2.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan III. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Cetakan II Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .

BIODATA PENULIS



Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep Lahir di Tomohon pada 26 Januari 1970 Riwayat Pendidikan Sebagai berikut : Sekolah Perawat Kesehatan Manado Lulus 1988, Akademi Keperawatan Manado lulus 2000, S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Lulus 2005, S2 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin Makasar Lulus 2013. Pernah menjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Sariputra Indonesia Tomohon 2007-2011, menjadi pegawai sejak 1988 dan sejak 2006 Dosen Poltekkes Kemenkes Manado. Riwayat menulis buku yaitu : Sebagai penulis Utama pada Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Konsep, Teori dan Modul Praktikum) pada 2017. Aktif dalam menulis Book Chapter.

BAB 8

Manajemen Nyeri Kronik

Ns. Andrias Horhoruw, S.Kep., M.kes

A. Pendahuluan

Nyeri kronis adalah kondisi nyeri yang berlangsung atau kambuh secara terus-menerus selama lebih dari 3 hingga 6 bulan atau lebih, meskipun sudah diobati atau penyebabnya telah sembuh. Hal ini berbeda dengan nyeri akut yang biasanya bersifat singkat dan terkait dengan cedera atau penyakit yang baru terjadi. (International Association for the Study of Pain IASP, 2021).

Nyeri kronis adalah masalah kesehatan yang penting untuk dibahas karena memiliki dampak yang luas terhadap individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan. Berikut beberapa alasan mengapa penting untuk membahas nyeri kronis:

1. **Pengaruh Terhadap Kualitas Hidup:** Nyeri kronis dapat mengganggu aktivitas sehari-hari seperti tidur, bekerja, dan berinteraksi sosial. Ini dapat mengurangi kualitas hidup secara signifikan dan meningkatkan risiko terjadinya depresi dan kecemasan.
2. **Beban Ekonomi:** Biaya medis yang tinggi terkait dengan diagnosa, pengobatan, dan manajemen nyeri kronis dapat memberikan beban ekonomi yang signifikan bagi individu, sistem perawatan kesehatan, dan masyarakat.
3. **Penanganan yang Kompleks:** Nyeri kronis seringkali memerlukan pendekatan pengobatan yang multidisiplin dan kompleks, melibatkan berbagai spesialis dan terapi,

termasuk obat-obatan, fisioterapi, psikoterapi, dan teknik manajemen stres.

4. **Pentingnya Edukasi dan Kesadaran:** Edukasi mengenai nyeri kronis penting bagi masyarakat umum, profesional kesehatan, dan pembuat kebijakan agar dapat meningkatkan pemahaman tentang penyebab, pengobatan, dan strategi pencegahannya.
5. **Risiko Komplikasi:** Nyeri kronis yang tidak terkelola dengan baik dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti kecacatan fisik, penyalahgunaan obat, dan penurunan fungsi kognitif.

B. Konsep Nyeri Kronis

1. Pengertian Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan kondisi nyeri yang persisten atau berlangsung secara terus-menerus selama lebih dari 3 hingga 6 bulan, meskipun sudah diobati atau penyebabnya sudah sembuh. Definisi nyeri kronis mencakup berbagai jenis nyeri yang dapat terjadi dalam tubuh, baik itu terkait dengan gangguan pada sistem saraf, jaringan, atau organ tertentu. Berikut adalah beberapa karakteristik utama dari nyeri kronis:

- a. **Kronisitas:** Nyeri tersebut bersifat persisten dan terus-menerus, biasanya melebihi periode waktu yang diharapkan untuk penyembuhan normal dari suatu kondisi atau cedera.
- b. **Kompleksitas:** Nyeri kronis sering kali kompleks dalam sifatnya dan dapat melibatkan berbagai mekanisme biologis, termasuk perubahan neurologis, inflamasi kronis, dan adaptasi sistem saraf.
- c. **Dampak yang Luas:** Nyeri kronis tidak hanya memengaruhi fisik, tetapi juga dapat berdampak pada kesejahteraan emosional, sosial, dan psikologis seseorang. Ini dapat mengganggu kualitas hidup secara signifikan dan membatasi kemampuan seseorang untuk menjalani aktivitas sehari-hari.

- d. **Pengelolaan yang Tidak Tersedia dengan Mudah:** Manajemen nyeri kronis sering memerlukan pendekatan multidisiplin yang melibatkan berbagai spesialis seperti ahli nyeri, dokter spesialis, fisioterapis, psikolog, dan kadang-kadang intervensi bedah.

2. Tujuan

Tujuan utama dari memahami dan mengelola nyeri kronis adalah untuk meningkatkan kualitas hidup individu yang terpengaruh serta mengurangi dampak negatifnya secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa tujuan yang relevan dalam konteks nyeri kronis:

- a. **Pengurangan Nyeri:** Tujuan utama dari manajemen nyeri kronis adalah untuk mengurangi tingkat nyeri yang dirasakan oleh individu. Ini tidak hanya mencakup pengurangan intensitas nyeri, tetapi juga peningkatan dalam mengelola serangan nyeri yang timbul.
- b. **Meningkatkan Fungsi Fisik:** Manajemen nyeri yang efektif harus menyertakan upaya untuk meningkatkan atau mempertahankan kemampuan fisik dan fungsional individu. Hal ini dapat melibatkan program rehabilitasi fisik atau terapi untuk memulihkan mobilitas dan kekuatan yang mungkin terpengaruh oleh nyeri kronis.
- c. **Mengurangi Dampak Psikologis:** Nyeri kronis sering kali dapat menyebabkan stres, depresi, kecemasan, dan perubahan suasana hati. Tujuan lainnya dari pengelolaan nyeri adalah untuk mengurangi dampak psikologis ini dan meningkatkan kesejahteraan emosional individu.
- d. **Meningkatkan Kualitas Hidup:** Melalui manajemen yang efektif, diharapkan bahwa kualitas hidup individu yang mengalami nyeri kronis dapat meningkat. Ini melibatkan memfasilitasi partisipasi dalam aktivitas sehari-hari, pekerjaan, dan kehidupan sosial yang lebih normal.

- e. **Edukasi dan Pemahaman:** Salah satu tujuan penting dari pengelolaan nyeri kronis adalah untuk memberikan edukasi kepada individu dan keluarganya tentang sifat nyeri kronis, strategi pengelolaan yang tepat, dan harapan dalam jangka panjang (Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education, 2011).

C. Penyebab Nyeri Kronis

Nyeri kronis dapat disebabkan oleh berbagai kondisi dan faktor. Penyebabnya bisa bervariasi dari gangguan pada sistem saraf, gangguan pada jaringan atau organ, hingga faktor psikososial yang kompleks. Berikut ini adalah beberapa penyebab umum dari nyeri kronis:

1. **Cedera atau Trauma:** Cedera fisik yang parah, seperti cedera punggung atau trauma akibat kecelakaan mobil, dapat menyebabkan nyeri kronis jika tidak sembuh dengan baik atau jika ada kerusakan permanen pada jaringan atau struktur tubuh.
2. **Kondisi Medis Kronis:** Beberapa kondisi medis seperti arthritis, fibromialgia, penyakit autoimun, atau kondisi neurologis seperti neuropati dapat menyebabkan nyeri kronis karena gangguan pada sistem saraf atau jaringan.
3. **Operasi atau Prosedur Medis:** Beberapa orang mengalami nyeri kronis setelah menjalani operasi atau prosedur medis tertentu, terutama jika terjadi kerusakan saraf atau trauma selama prosedur tersebut.
4. **Infeksi Kronis:** Infeksi yang tidak sembuh sepenuhnya atau menjadi kronis (misalnya, infeksi herpes zoster yang menyebabkan nyeri pasca-herpes zoster) dapat menjadi penyebab nyeri kronis.
5. **Faktor Psikososial:** Aspek-aspek psikologis seperti stres kronis, depresi, atau gangguan kecemasan juga dapat memainkan peran dalam munculnya dan mempertahankan nyeri kronis.
6. **Penyakit Degeneratif:** Penyakit degeneratif seperti osteoarthritis atau degenerasi diskus tulang belakang dapat

menyebabkan nyeri kronis karena perubahan pada struktur tulang atau jaringan (Bennett, MI, and Rayment, 2010).

D. Jenis-Jenis Nyeri Kronis

Nyeri kronis dapat dibagi menjadi beberapa jenis berdasarkan sifatnya dan area tubuh yang terpengaruh. Berikut adalah beberapa jenis utama dari nyeri kronis:

1. **Nyeri Neuropatik:** Nyeri neuropatik disebabkan oleh kerusakan atau disfungsi pada sistem saraf. Ini bisa terjadi karena cedera pada saraf (misalnya, cedera tulang belakang), komplikasi dari penyakit seperti diabetes (neuropati diabetes), atau kondisi tertentu seperti neuralgia postherpetik (setelah infeksi herpes zoster). Nyeri ini seringkali digambarkan sebagai sensasi terbakar, tertusuk-tusuk, atau kesemutan.
2. **Nyeri Somatik:** Nyeri somatik berasal dari jaringan tubuh seperti kulit, otot, atau tulang. Ini bisa disebabkan oleh kondisi seperti arthritis, fibromialgia, atau cedera pada tulang atau otot. Nyeri somatik seringkali bersifat tumpul, terlokalisasi, atau terasa seperti tekanan.
3. **Nyeri Viseral:** Nyeri visceral terjadi karena stimulasi atau kerusakan pada organ dalam tubuh seperti jantung, usus, atau ginjal. Contohnya adalah nyeri yang disebabkan oleh penyakit pencernaan seperti penyakit radang usus (inflammatory bowel disease) atau penyakit pada saluran empedu. Nyeri visceral seringkali terasa dalam dan sulit untuk dilokalisasi (International Association for the Study of Pain (IASP 2021).

E. Skala dan Metode Penilaian Nyeri

1. Skala Nyeri

Skala nyeri digunakan dalam dunia medis untuk mengukur tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. Penilaian ini penting untuk menentukan perawatan yang tepat. Berikut ini beberapa skala nyeri yang umum digunakan beserta pustakanya:

- a. **Numeric Rating Scale (NRS):**
Deskripsi: Pasien diminta untuk menilai nyeri mereka pada skala dari 0 hingga 10, di mana 0 berarti tidak ada nyeri dan 10 berarti nyeri terburuk yang dapat dibayangkan (Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011).
- b. **Visual Analog Scale (VAS):**
Deskripsi: Pasien menandai sebuah titik pada garis horizontal sepanjang 10 cm, dengan ujung kiri menunjukkan "tidak ada nyeri" dan ujung kanan menunjukkan "nyeri terburuk".
- c. **Wong-Baker FACES Pain Rating Scale:**
Deskripsi: Menggunakan gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda untuk membantu anak-anak atau pasien dengan keterbatasan komunikasi mengungkapkan tingkat nyeri mereka. Skala ini berisi wajah dari senyum (tidak ada nyeri) hingga menangis (nyeri sangat parah) (Tomlinson, D., von Baeyer, C. L., Stinson, J. N., & Sung, L. 2010).
- d. **McGill Pain Questionnaire (MPQ):**
Deskripsi: Skala ini menggunakan serangkaian kata deskriptif yang menggambarkan kualitas dan intensitas nyeri. MPQ memberikan pandangan yang lebih komprehensif tentang pengalaman nyeri pasien.
- e. **Brief Pain Inventory (BPI):**
Deskripsi: Kuesioner yang menilai intensitas nyeri dan dampak nyeri pada fungsi sehari-hari pasien. BPI sering digunakan dalam penelitian nyeri kronis dan kanker.

2. Metode Penilaian Nyeri

Metode penilaian nyeri adalah teknik yang digunakan oleh tenaga medis untuk menilai dan mengukur tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. Penilaian ini penting untuk diagnosis yang akurat dan pengelolaan nyeri yang efektif. Berikut adalah beberapa metode penilaian nyeri beserta pustakanya:

a. Self-Report Measures (Metode Laporan Diri)

Deskripsi: Pasien memberikan laporan langsung mengenai tingkat nyeri yang mereka rasakan. Ini adalah metode yang paling sering digunakan karena nyeri bersifat subjektif.

Contoh Skala:

- 1) Numeric Rating Scale (NRS)
- 2) Visual Analog Scale (VAS)
- 3) Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

b. Observational Measures (Metode Observasional)

Deskripsi: Penilaian dilakukan oleh tenaga medis atau pengasuh berdasarkan pengamatan perilaku pasien, seperti ekspresi wajah, vokalisasi, dan gerakan tubuh. Metode ini sering digunakan pada pasien yang tidak dapat mengomunikasikan nyeri mereka secara verbal, seperti anak-anak kecil atau pasien dengan keterbatasan kognitif.

Contoh Skala:

- 1) Behavioral Pain Scale (BPS)
- 2) FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) Scale

c. Physiological Measures (Metode Fisiologis)

Deskripsi: Penilaian berdasarkan tanda-tanda fisiologis yang mungkin berubah sebagai respons terhadap nyeri, seperti tekanan darah, detak jantung, dan tingkat hormon stres. Metode ini sering digunakan sebagai tambahan untuk metode lain, karena perubahan fisiologis bisa disebabkan oleh faktor selain nyeri (Williamson, A., & Hoggart, B. (2005)).

d. Multidimensional Pain Assessment Tools (Alat Penilaian Nyeri Multidimensional)

Deskripsi: Alat ini menilai nyeri dari berbagai aspek, termasuk intensitas, kualitas, dan dampak nyeri terhadap fungsi kehidupan sehari-hari. Alat ini memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang pengalaman nyeri pasien.

Contoh Alat:

1) McGill Pain Questionnaire (MPQ)

2) Brief Pain Inventory (BPI)

e. Pain Diaries and Logs (Jurnal dan Catatan Nyeri)

Deskripsi: Pasien mencatat detail tentang nyeri mereka setiap hari, termasuk waktu onset, durasi, intensitas, faktor pemicu, dan efek dari intervensi yang dilakukan. Ini membantu dalam pemantauan nyeri yang kronis dan memahami pola nyeri pasien (Stone, A. A., & Broderick, J. E. (2007).

F. Terapi Konvensional

Terapi konvensional untuk nyeri kronis mencakup berbagai pendekatan yang telah terbukti secara klinis efektif dalam mengelola dan mengurangi nyeri yang berlangsung lama. Berikut adalah beberapa terapi konvensional yang umum digunakan beserta pustakanya:

1. Farmakoterapi

Deskripsi: Penggunaan obat-obatan untuk mengurangi nyeri. Obat-obatan yang digunakan meliputi analgesik non-opioid, opioid, dan adjuvant analgesik seperti antidepresan dan antikonvulsan.

2. Fisioterapi

Deskripsi: Melibatkan latihan fisik, manipulasi manual, dan modalitas fisik seperti panas, dingin, dan terapi listrik untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan fungsi.

3. Terapi Psikologis

Deskripsi: Pendekatan psikologis seperti terapi perilaku kognitif (CBT) digunakan untuk membantu pasien mengelola nyeri kronis dengan mengubah pola pikir dan perilaku yang terkait dengan nyeri.

4. Injeksi dan Prosedur Intervensional

Deskripsi: Melibatkan injeksi obat seperti kortikosteroid atau anestesi lokal ke dalam atau di sekitar area nyeri, serta prosedur seperti blok saraf atau ablasi frekuensi radio untuk mengurangi nyeri.

5. Rehabilitasi Multidisipliner

Deskripsi: Pendekatan ini menggabungkan berbagai disiplin ilmu seperti medis, fisik, dan psikologis dalam satu program terkoordinasi untuk mengelola nyeri kronis dan meningkatkan kualitas hidup pasien. (Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. 2014).

G. Terapi Alternatif

Terapi konvensional untuk nyeri kronis mencakup berbagai pendekatan yang telah terbukti secara klinis efektif dalam mengelola dan mengurangi nyeri yang berlangsung lama. Berikut adalah beberapa terapi konvensional yang umum digunakan beserta pustakanya:

1. Farmakoterapi

Deskripsi: Penggunaan obat-obatan untuk mengurangi nyeri. Obat-obatan yang digunakan meliputi analgesik non-opioid, opioid, dan adjuvant analgesik seperti antidepresan dan antikonvulsan (Chou, R., Fanciullo, G. J, et.al, 2009).

2. Fisioterapi

Deskripsi: Melibatkan latihan fisik, manipulasi manual, dan modalitas fisik seperti panas, dingin, dan terapi listrik untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan fungsi.

3. Terapi Psikologis

Deskripsi: Pendekatan psikologis seperti terapi perilaku kognitif (CBT) digunakan untuk membantu pasien mengelola nyeri kronis dengan mengubah pola pikir dan perilaku yang terkait dengan nyeri.

4. Injeksi dan Prosedur Intervensional

Deskripsi: Melibatkan injeksi obat seperti kortikosteroid atau anestesi lokal ke dalam atau di sekitar area nyeri, serta prosedur seperti blok saraf atau ablasi frekuensi radio untuk mengurangi nyeri (Manchikanti, L., Pampati, et al, 2010).

5. Rehabilitasi Multidisipliner

Deskripsi: Pendekatan ini menggabungkan berbagai disiplin ilmu seperti medis, fisik, dan psikologis dalam satu

program terkoordinasi untuk mengelola nyeri kronis dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Vickers, A. J., Cronin, A. M., et al, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Bennett, MI, and Rayment, C. (2010)** Chronic Pain and the Emotional Brain: Specific Brain Activity Associated with Spontaneous Fluctuations of Intense Chronic Pain." *Pain*, vol. 148, no. 3,
- Chou, R., Fanciullo, G. J., et.al, (2009). Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain.
- Ehde, D. M., Dillworth, et.al, (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research.
- Hawker, G. A., Mian, S., et.al, (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP).
- International Association for the Study of Pain (IASP).**(2021). IASP Taxonomy - Pain Terms." Available from: <https://www.iasp-pain.org/taxonomy>.
- Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education** (2011). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington (DC): National Academies Press (US);
- Manchikanti, L., Pampati, et.al, (2010). Assessment of the escalating growth of facet joint interventions in the medicare population in the United States
- Stone, A. A., & Broderick, J. E. (2007). Real-time data collection for pain: appraisal and current status. *Pain Medicine*
- Tomlinson, D., von Baeyer, et.al, (2010). A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children.
- Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*

BIODATA PENULIS



Ns. Andrias Horhoruw, S.kep., M.Kes lahir di Hutumuri, pada 16 Januari 1968. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin Makasar dan S2 di Program Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang, Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 9

Manajemen Nyeri Post Operasi Mayor pada Anak dengan Akupresure

Ns. Miniharianti, M.Kep

A. Pendahuluan

Nyeri post operasi masih menjadi masalah yang serius pada anak yang harus menjadi perhatian petugas kesehatan. Pemberian pertolongan untuk menangani nyeri adalah hak dasar manusia yang terdapat didalam rancangan undang-undang mengenai penanganan nyeri (American Pain Foundation, 2001). Menurut The American Bar Association (2000) mendeklarasikan bahwa penanganan nyeri sebagai suatu hak dasar yang bersifat legal. Perawat secara legal dan etik bertanggung jawab dalam menangani nyeri serta mengurangi penderitaan pada pasien (Potter & Perry, 2014). Nyeri Merupakan pengalaman yang sangat individual dan subjektif yang dapat mempengaruhi semua orang di semua usia, dan yang dapat mengungkapkan rasa nyeri itu hanyalah yang mengalami nyeri itu sendiri (Kyle, 2015).

Pada saat anak sakit berbagai macam prosedur invasif yang harus dijalani oleh anak yaitu termasuk pembedahan. Pembedahan atau biasa disebut dengan operasi adalah tindakan yang dilakukan oleh dokter bedah dalam upaya menangani suatu permasalahan kesehatan baik pada orang dewasa maupun anak. Menurut Syamsuhidayat dan Jong (2010) pembedahan merupakan suatu tindakan pengobatan cara invasive dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dengan tehnik sayatan, kemudia dilakukan tindakan sesuai dengan tujuan, serta pada tahap akhir akan dilakukan penutupan kembali dengan penjahitan.

Di Amerika kasus pembedahan pada anak semakin meningkat setiap tahunnya, presentase anak yang mengalami pembedahan yaitu 50-70% (Upadhyaya & Lander, 2013). Di Eropa penelitian terkait akupresur telah dilakukan dan membuktikan banyak manfaat antara lain penelitian yang pernah dilakukan yaitu akupresur pada masalah gangguan pernapasan, pencernaan, kardiovaskular, perkemihan, neurologis, nyeri, dismenorhea, stres, insomnia dan masalah dengan penyakit kanker (Nazan & Sultan, 2016; Nithima *et al*, 2015; Hyun Jing Song *et al*, 2014).

B. Manajemen Nyeri dengan Akupresur

1. Pengertian Akupresur

Akupresur adalah pemijatan yang dilakukan pada titik tertentu dipermukaan tubuh sesuai dengan titik akupuntur. Pemijatan dapat dilakukan dengan menggunakan ujung jari, siku atau menggunakan alat bantu yang tumpul dan tidak melukai permukaan tubuh (Shin & Lee, 2007). Sedangkan menurut Sukanta (2008), Akupresur juga biasa disebut dengan pijat akupuntur karena metode pemijatan berdasarkan ilmu akupuntur dan tanpa menggunakan jarum. Akupresur merupakan sebuah ilmu dengan melakukan penekanan, pemijatan dan pengurutan bagian tubuh untuk mengaktifkan peredaran energy atau *qi*.

2. Sejarah Akupresur

Terapi akupresur merupakan pengembangan dari ilmu akupuntur, sehingga pada prinsipnya metode terapi akupresur sama dengan akupuntur yang membedakannya tetapi akupresur tidak menggunakan jarum dalam proses pengobatannya. Akupresur berguna untuk mengurangi ataupun mengobati berbagai jenis penyakit dan nyeri serta mengurangi ketegangan dan kelelahan. Proses pengobatan dengan tehnik akupresur menitikberatkan pada titik-titik saraf pada tubuh. Titik-titik tersebut terletak pada kedua telapak tangan dan kedua telapak kaki. Di kedua telapak tangan dan kaki kita terdapat titik akupresur untuk jantung,

paru-paru, ginjal, mata, hati, kelenjar tiroid, pankreas, sinus dan otak (Fange, 2012)..

Akupresur sebagai seni dan ilmu penyembuhan berlandaskan pada teori keseimbangan yang berasal dari ajaran "*Taoisme*" yang menyimpulkan bahwa semua isi alam raya dan sifat-sifatnya dapat dikelompokkan ke dalam dua kelompok yang disebut dengan "*Yin*" dan "*Yang*". Untuk memudahkan pemahaman terhadap Yin dan Yang, harus dipahami bahwa semua benda-benda yang sifatnya mendekati api dikelompokkan ke dalam kelompok "*Yang*" dan semua benda yang sifatnya mendekati air dikelompokkan kedalam kelompok "*Yin*". Api dan air digunakan sebagai patokan dalam keadaan wajar dan dari sifat api dan air tersebut kemudian dirumuskan sifat-sifat penyakit dan bagaimana cara penyembuhannya. Seseorang dikatakan tidak sehat atau sakit apabila antara Yin dan Yang didalam tubuhnya tidak seimbang (Fengge, 2012).

3. Manfaat Akupresur

Acupressure merupakan cara pengobatan yang aman, bermamfaat, dapat dipelajari, diamati, diteliti, dan dievaluasi. *Acupressure* dinilai aman karena hanya menggunakan pemijatan dengan jari tangan atau benda tumpul lainnya tanpa melukai permukaan tubuh. *Acupressure* dilakukan untuk mengatasi berbagai penyakit dan gejala penyakit dan gejala penyakit tertentu pada keluarga atau masyarakat sekitar yang membutuhkan pertolongan. Beberapa mamfaat akupresur menurut Depkes RI (2004) antara lain: meningkatkan daya tahan tubuh (*promotif*), mencegah penyakit tertentu (*preventive*), mengatasi keluhan dan penyakit ringan biasa (*curative*) dan memulihkan kondisi tubuh (*Rehabilitative*).

4. Komponen Dasar Akupresur

Terdapat beberapa komponen penting dalam akupresur. Menurut Fenge (2012) komponen dasar akupresur diantaranya:

a. Ci Sie (energy vital atau darah)

Ci diartikan sebagai zat atau sari –sari makanan dan Sie adalah darah. keduanya sering disebut sebagai energy vital, yaitu energy vital bawaan dan energy vital yang didapat. Energi vital bawaan berasal dari orang tua seperti sifat, bakat, rupa, serta kesehatan fisik atau mental yang sering muncul pada anaknya. Energi vital didapat berasal dari sari makanann yang diperoleh dari sejak dalam kandungan maupun yang diperoleh oleh sendiri saat sudah lahir. Energi vital tersebut lah yang memberikan dan membuat manusia dapat bertahan hidup (Fengge, 2012).

b. Sistem Meridian (serabut saraf)

Sistem meridian atau serabut syaraf adalah saluran energi vital yang melintasi seluruh bagian tubuh jaring laba-laba yang membujur dan melintang untuk menghubungkan seluruh bagian tubuh (Fengge, 2012). Sistem meridian berfungsi sebagai tempat mengalirnya energi vital, penghubung antara jaringan tubuh, organ dan panca indra. Dalam kedokteran tradisional cina, yang disebut dengan meridian adalah saluran yang membawa *chi* (energi) tubuh, sedangkan dalam kedokteran modern istilah ini disebut sebagai serabut syaraf, pembuluh darah dan saluran limpa. Meridian terdiri dari 360 titik yang menyeimbangkan energy tubuh agar dapat berfungsi dengan optimal (Mehta, 2007). Menurut Sukanta (2008) meridian berfungsi sebagai tempat mengalirnya energi vital, penghubung bolak balik antar organ atau bagian tubuh dan jaringan tubuh, panca indra, masuk dan keluarnya penyakit, serta tempat rangsangan penyembuhan. Melalui sistem meridian ini, energi vital dapat di diarahkan ke organ atau bagian tubuh yang sedang mengalami gangguan.

c. Cara perangsangan titik akupresur

Mekanisme penyampaian rangsangan dari titik akupresur melalui mekanisme bikuantum. Mekanisme ini

menyalurkan energy biolistik pada membrane sel karena adanya ion sodium dan ion kalium yang mengandung transporaktif dan berpolarisasi dua kutub. Reaksi ini dilanjutkan secara berurutan dalam bersonansi pada sel aktif lain yang merupakan jalur fungsional dalam tubuh. Dalam penekanan atau perangsangan akupresur ada beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu reaksi yang akan ditimbulkan, kondisi pasien dan jenis keluhan yang dialami pasien (Sukanta, 2008).

Reaksi yang ditimbulkan meliputi reaksi untuk menguatkan energy dan reaksi untuk melemahkan energi. Reaksi ini dipengaruhi oleh lama pemijatan dan arah pemijatan. Penekanan yang bertujuan untuk reaksi menguatkan dapat dilakukan dengan melakukan 30 kali pijatan atau putaran searah dengan jarum jam atau mengikuti arah meridian. Sedangkan akupresur yang bertujuan untuk reaksi melemahkan dilakukan dengan melakukan pemijatan lebih dari 40 kali atau putaran berlawanan arah jarum jam atau berlawanan dengan arah meridian (Sukanta, 2008). Pada pertimbangan kondisi pasien dan jenis keluhan, penyakit yang sifatnya mendadak dan keras, dilakukan setiap keluhan muncul atau sehari sekali. Pasien yang dalam kondisi lemah pemijatan dilakukan setiap keluhan muncul atau minimal satu kali sehari.

5. Mekanisme Akpuresur Terhadap Nyeri Post Operasi Mayor

Nyeri merupakan keluhan yang paling sering dikeluhkan setelah pembedahan termasuk pada anak. Akupresur merupakan suatu seni pengobatan dengan menggunakan jari untuk menekan titik-titik tertentu di tubuh untuk menstimulasi kemampuan tubuh untuk mengobati diri sendiri (Fengge, 2012). Pada akupresur, ujung jari, ibu jari digunakan untuk memberikan tekanan yang tegas, tetapi lembut pada area yang dirancang khusus untuk mengendalikan nyeri. Tekanan dapat diberikan pada satu gerakan diikuti dengan pelepasan atau dengan gerakan

getaran menggunakan ujung jari. Gerakan memberi dan melepaskan tekanan dianggap memfasilitasi pelepasan endorphin endogen dan enkefalin (Kyle & Carman, 2015).

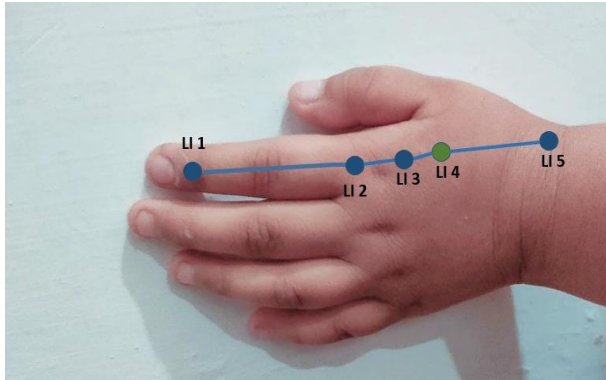
Dalam akupresur dikenal dengan titik *large intestine 4* (LI4) atau titik hegu. Titik LI4 sering dipakai pada keluhan nyeri. Beberapa penelitian akupresur terhadap nyeri sering menggunakan titik LI4 (hegu). Penelitian akupresur pada titik LI4 juga pernah dilakukan oleh shahi & Dabiri (2015) terhadap efektifitas akupresur LI4 terhadap intensitas nyeri persalinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan intensitas nyeri nilai antara kelompok akupresur dan kontrol adalah signifikan ($p < 0.001$). Hal ini didukung juga oleh penelitian Nani, Maryati dan Rahmaharyanti (2015) tentang efektifitas akupresur pada titik poin HT6 dan LI4 terhadap nyeri post seksio seksaria, didapatkan hasil ada perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok, dimana intensitas nyeri setelah intervensi akupresur secara signifikan mengurangi dari pada intensitas nyeri sebelum diberikan terapi akupresur ($p = 0,04$).

Titik (LI4) hegu merupakan salah satu titik yang termasuk kedalam meridian *large intestine 4*. Penentuan titik LI4 adalah dengan cara membuka lalu regangkan ibu jari dan jari telunjuk, lalu meletakkan lipatan transversal dari ibu jari satu titik tangan dititik tengah margin diperpanjang antara ibu jari dan jari telunjuk yang lain. Pada ujung jempol yang meluas merupakan titik hegu/LI4 (Sukanta, 2008).

Efek yang dihasilkan oleh penekanan pada titik LI4 adalah memperbaiki energi yang tidak seimbang, tersumbat atau kurang disepanjang organ atau meridian yang melewatinya. Pemijatan pada titik LI4 dapat merangsang pengeluaran endorphin dalam darah sehingga nyeri dapat dikontrol. Selain itu rangsangan akupresur sesuai dengan *teory gate control* dimana pemijatan pada titik LI4 menstimulasi mekanoreseptor, saat impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang dapat memodifikasi nyeri. Alur saraf *desenden* melepaskan

opoid *endogen*, seperti endorphen dan dinorpin sehingga menghambat pelepasan substansi P dan akhirnya nyeri yang dirasakan menjadi berkurang (Perry & Potter, 2010).

Pemijatan pada titik akupresur LI4 merupakan upaya untuk melepaskan endorphen. Endorphen merupakan asam amino yang mengikat reseptor opiate yang berada di area otak yang dapat memberikan efek analgesik (Sukanta, 2008; Fengge, 2012).



Gambar 1. Titik Li4

6. Kontraindikasi Akupresur

Akupresur tidak boleh dilakukan pada bagian tubuh yang luka, bengkak, tulang retak atau patah dan kulit terbakar. Dan juga tidak boleh dilakukan pada penderita dalam keadaan emosi, kondisi hamil karena pada kondisi tersebut dapat memperparah kondisi penderita. Selain itu akupresur menurut *The American Massage Therapy Association* (AMTA) tidak menganjurkan untuk dilakukan akupresur pada pasien dengan *Deep Vein Trombosis* (DVT) karena dapat menyebabkan plak pecah dan melepaskan bekuan darah ke system peredaran darah akibat dari pijatan yang diberikan (Mehta, 2007; Sukanta; 2008).

DAFTAR PUSTAKA

- Fengge, A. (2012). *Terapi akupresur mamfaat dan tehnik pengobatan*. Yogyakarta: Crop Circle Corp.
- Hockenberry, M. J & Wilson, D. (2013). *Wong's essentials of pediatric nursing. Ninth Edition*. Elseivier.
- Kyle, T. & Carman S. (2015). *Buku praktik keperawatan pediatrik*. Jakarta : EGC.
- Sjamsuhidajat, R & Jong W D. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Shin, B. C., & Lee, M. S. (2007). *Effects of aromatherapy, acupressure on hemiplegic Shoulder pain and motor power in stroke patiens: a pilot study*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 13(2), 247-252.
- Upadhyaya, M & Lander, A . (2013). *Day-case surgery in children*. Volume 31: UK. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2013.01.010>.
- Nazan Kılıç Akça, Sultan Taşcı. (2016). *Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation for Improving Uremic Pruritus: A Randomized, Controlled Trial*. *Alternative Therapies*, 22 (3): 18-24
- Nithima, et al . (2015). *The effect of an acupressure backrest on pain and disability in office workers with chronic low back pain: A randomized, controlled study and patients' preferences*. *Complementary Therapies in Medicine*, 23: 347 – 355
- Nani, D,, Maryati, S. & Rahmaharyanti. (2015). *Effect of acupressure therapy poin HT 6 And LI 4 on post cesarean section's pain*. *International Journal of Research in Medical Sciences*. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20151531>.
- Sukanta, P. O. (2008). *Pijat akupresur untuk kesehatan*. Depok: Penebar Plus.
- Potter, P. A., & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan* (7th ed). Jakarta: Salemba Medika.
- Shah. M. P., Majid, K., Golnaz, F. & Yones, J. (2015). *The effects of acupressure on venipuncture pain among 6–12 year-old hospitalized children : Clinical Trial*. *Mod Care J*. 2015 9 January; 12(1):8-14.

BIODATA PENULIS



Ns. Miniharianti, S. Kep., M. Kep., lahir di Trienggadeng, 16 April 1989. Pendidikan tinggi yang ditempuh mulai dari S-1 Ilmu Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Selanjutnya pendidikan Profesi Ners di Universitas Syiah Kuala. Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung. Aktivitas penulis saat ini adalah aktif menjadi tenaga pengajar pada STIKes Jabal Ghafur Sigli.

BAB 10

Manajemen Nyeri Pasien Anak

Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si

A. Pendahuluan

Nyeri merupakan stressor utama pada anak yang menjalani rawat inap, disamping perpisahan dengan keluarga, kehilangan kendali dan cedera tubuh (Hockenberry and Wilson, 2011). Nyeri akut dapat berhubungan dengan tindakan medis, prosedur dasar bedah, cedera, infeksi, atau eksaserbasi dari penyakit yang mendasari (Katende and Mugabi, 2015). Tindakan invasif seperti pemasangan infus menjadi sumber kedua penyebab nyeri yang paling sering dirasakan oleh anak setelah penyakit yang dideritanya (Kennedy, Luhmann and Zempsky, 2008). Nyeri pada anak jika tidak segera ditangani akan menyebabkan problem lain yang lebih kompleks sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan.

Nyeri yang tidak diatasi pada anak dapat menyebabkan gangguan perilaku seperti takut, cemas, stress, gangguan tidur dan regresi perkembangan (Sarfika, Yanti and Winda, 2015). Salah satu penerapan prinsip *atraumatic care* adalah meminimalkan rasa nyeri yang dapat dilakukan dengan cara intervensi non farmakologis. Intervensi keperawatan harus dilakukan agar klien menjadi *relief* (bebas/lega), *ease* (ringan) sampai dengan *transcendence* (melewati dari gangguan/nyeri) (Tomey and Alligood, 2010). Nyeri pada anak jika tidak segera ditangani akan menyebabkan problem lain yang lebih kompleks sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan.

Manajemen nyeri pada pasien anak adalah pendekatan multidisiplin yang melibatkan penilaian, pengendalian, dan pengobatan nyeri pada anak-anak. Tujuan dari manajemen nyeri ini adalah untuk mengurangi ketidaknyamanan, mencegah komplikasi terkait nyeri, dan meningkatkan kualitas hidup anak. Pendekatan ini melibatkan berbagai metode yang disesuaikan dengan usia, perkembangan, dan kondisi medis anak, termasuk intervensi farmakologis dan non-farmakologis.

Komponen utama dari manajemen nyeri pada pasien anak meliputi: penilaian nyeri, intervensi farmakologis, intervensi non farmakologis, pendidikan dan dukungan orang tua, dan pendekatan multidisiplin. *Pencegahan nyeri pada bayi dan anak sudah seharusnya menjadi tujuan utama dalam perawatan bagi perawat.*

B. Konsep Manajemen Nyeri Pada Pasien Anak

1. Pengertian Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri pada pasien anak adalah aspek penting dalam perawatan medis yang memerlukan pendekatan khusus karena anak-anak seringkali tidak dapat mengekspresikan rasa sakit mereka dengan jelas. Pendekatan yang efektif harus mencakup evaluasi yang akurat, penggunaan teknik farmakologis dan non-farmakologis, serta komunikasi yang baik dengan anak dan keluarganya. Manajemen nyeri pada pasien anak adalah serangkaian tindakan dan intervensi yang bertujuan untuk mengidentifikasi, menilai, dan mengurangi rasa nyeri yang dialami oleh anak-anak. Pendekatan ini penting karena anak-anak memiliki kemampuan terbatas untuk mengkomunikasikan rasa sakit mereka dan mungkin merespon nyeri berbeda dibandingkan dengan orang dewasa.

2. Tujuan Manajemen Nyeri Pada Pasien Anak

- a. **Mengurangi Rasa Sakit:** Memastikan bahwa nyeri yang dialami anak berkurang atau hilang.
- b. **Meningkatkan Kenyamanan:** Membuat anak merasa nyaman dan aman selama perawatan medis.

- c. **Meminimalkan Trauma:** Mencegah trauma fisik dan emosional yang mungkin timbul akibat nyeri yang tidak diobati.
- d. **Meningkatkan Kualitas Hidup:** Membantu anak tetap aktif dan berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari meskipun mengalami kondisi medis yang menyakitkan.

3. Pengkajian Nyeri pada Anak

Pengkajian nyeri pada anak penting dilakukan secara komprehensif dan sensitif, mengingat anak mungkin tidak dapat menyampaikan pengalaman nyeri dengan cara yang sama seperti orang dewasa. Beberapa langkah penting dalam pengkajian nyeri pada anak sebagai berikut:

- a. Komunikasi: Libatkan anak sesuai dengan usia dan tingkat perkembangannya. Gunakan bahasa yang sesuai dan pertanyaan terbuka untuk memahami pengalaman nyeri pada anak.
- b. Skala Penilaian Nyeri: Gunakan skala penilaian nyeri yang sesuai dengan usia anak. Beberapa contoh termasuk:
 - 1) FLACC Scale: Mengamati ekspresi wajah, gerakan kaki, aktivitas, tangisan, dan kemudahan untuk dikonsolasi pada bayi dan anak kecil.
 - 2) Wong-Baker FACES Pain Rating Scale: Skala gambar untuk anak usia 3 tahun ke atas yang memungkinkan mereka memilih gambar yang menggambarkan tingkat nyeri mereka.
 - 3) Skala Numerik atau Deskriptif: Untuk anak-anak yang lebih besar atau remaja yang dapat memberikan angka atau deskripsi tentang intensitas nyeri mereka.
- c. Evaluasi Fisik: Perhatikan perubahan fisiologis yang mungkin terkait dengan nyeri, seperti tekanan darah, detak jantung, pernapasan, dan reaksi kulit.
- d. Observasi Non-Verbal: Pada anak yang belum mampu berkomunikasi secara verbal atau terdapat hambatan

komunikasi lainnya, observasi gerakan tubuh, ekspresi wajah, dan respon terhadap stimulus nyeri.

- e. Riwayat Nyeri: Tanyakan pada orang tua atau pengasuh tentang riwayat nyeri anak, termasuk durasi, frekuensi, faktor pemicu, dan respons terhadap pengobatan sebelumnya.
- f. Kolaborasi dengan Orang Tua atau Pengasuh: Melibatkan orang tua atau pengasuh dalam proses pengkajian nyeri untuk mendapatkan informasi lebih lanjut dan memahami konteks nyeri anak.
- g. Reevaluasi: Lakukan pengkajian ulang secara berkala atau setelah intervensi untuk memonitor perubahan dalam tingkat nyeri anak.

Pengkajian nyeri pada anak memerlukan pendekatan yang holistik dan sensitif untuk memastikan penanganan yang tepat dan optimal sesuai dengan kebutuhan individu anak.

4. Komponen Manajemen Nyeri pada Pasien Anak

Dalam manajemen nyeri pada pasien anak meliputi beberapa komponen berikut ini:

- a. Penilaian Nyeri: Menggunakan skala penilaian nyeri yang sesuai dengan usia dan kemampuan komunikasi anak, seperti FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), Wong-Baker FACES Pain Rating Scale, dan skala numerik.
- b. Intervensi Farmakologis Penggunaan obat-obatan untuk mengendalikan nyeri, termasuk analgesik non-opioid (seperti parasetamol dan ibuprofen), opioid (untuk nyeri berat), dan adjuvan.
- c. Intervensi Non-Farmakologis Teknik relaksasi, distraksi, terapi fisik, dan pendekatan psikologis untuk membantu mengurangi persepsi nyeri. Intervensi non-farmakologis untuk mengatasi nyeri pada anak mencakup berbagai pendekatan yang tidak melibatkan obat-obatan. Berikut beberapa metode yang sering digunakan:

- 1) Teknik Relaksasi: Pernapasan Dalam: Mengajarkan anak untuk bernapas dalam-dalam dan perlahan dapat membantu mengurangi kecemasan dan nyeri.
- 2) Meditasi dan Visualisasi: Menggunakan teknik meditasi atau memvisualisasikan tempat yang menyenangkan dapat mengalihkan perhatian anak dari rasa nyeri.
- 3) Distraksi: Permainan dan Aktivitas: Bermain game, membaca buku, atau menonton film dapat membantu mengalihkan perhatian anak dari rasa nyeri.
- 4) Musik dan Seni: Mendengarkan musik atau melukis dapat menjadi cara efektif untuk mengurangi persepsi nyeri.
- 5) Terapi Fisik: Pijat dan Terapi Sentuhan: Pijatan ringan atau pelukan dapat memberikan rasa nyaman dan membantu mengurangi nyeri.
- 6) Kompres Hangat atau Dingin: Menggunakan kompres hangat atau dingin pada area yang nyeri dapat membantu mengurangi rasa sakit.
- 7) Teknik Kognitif-Perilaku: Pelatihan Biofeedback: Menggunakan perangkat untuk memberi umpan balik tentang fungsi tubuh seperti detak jantung atau ketegangan otot dapat membantu anak belajar mengontrol respons tubuh mereka terhadap nyeri. Terapi Bicara: Berbicara dengan seorang konselor atau terapis dapat membantu anak mengatasi rasa nyeri dengan mengubah cara mereka berpikir tentang nyeri.
- 8) Terapi Lingkungan: Lingkungan yang Nyaman: Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman di sekitar anak dapat membantu mengurangi stres dan nyeri. Perawatan Orang Tua atau Pengasuh: Kehadiran dan perhatian dari orang tua atau

pengasuh dapat memberikan dukungan emosional dan membantu mengurangi nyeri.

- 9) Metode Tradisional dan Komplementer:
Akupresur atau Akupunktur: Beberapa penelitian menunjukkan bahwa teknik ini dapat membantu mengurangi nyeri pada anak. Aromaterapi: Menggunakan minyak esensial tertentu dapat membantu menenangkan dan mengurangi rasa nyeri.
- d. Pendidikan dan Dukungan Orang Tua: Melibatkan orang tua atau pengasuh dalam proses manajemen nyeri, memberikan informasi tentang metode pengendalian nyeri, dan dukungan emosional.
- e. Pendekatan Multidisiplin: Kolaborasi antara dokter, perawat, ahli fisioterapi, psikolog, dan profesional kesehatan lainnya untuk menciptakan rencana manajemen nyeri yang komprehensif dan efektif.

Manajemen nyeri pada pasien anak adalah upaya yang berkelanjutan dan memerlukan kerjasama dari berbagai pihak, termasuk dokter, perawat, psikolog, dan keluarga, untuk memastikan bahwa anak mendapatkan perawatan terbaik yang sesuai dengan kebutuhannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Hockenberry, M. J. and Wilson, D. (2011) *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, 8th edn. St. Louis Missouri.: Elsevier Mosby
- Kennedy, R. M., Luhmann, J. and Zempsky, W. T. (2008) 'Clinical Implicationsof Unmanaged Needle-Insertion Pain and Distress in Children', *PEDIATRIC*, 122 (Supplement 3), pp. 5130-5133. doi: 10.1542/peds.2008-1055e.
- Mardona, Y., KM, M., Kafiar, N. R. E., Kep, M., Karundeng, N. J. O., Kep, M., ... & Kep, M. (2023). *Manajemen Nyeri Pada Anak 'Perspektif Keperawatan Pediatrik*. Rizmedia pustaka Indonesia.
- Sarfika, R., Yanti, N. and Winda, R. (2015) 'Pengaruh Teknik DistraksiMenonton Kartun Animasi Terhadap Skala Nyeri Anak Usia Prasekolah Saat Pemasangan Infus Di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP DR. M. Djamil Padang.', *Jurnal Ners Keperawatan*. Available at: <http://unandalas.ac.id>.
- Susiana Jansen, & Elfira Awalia Rahmawati. (2023). *Manajemen Nyeri Pada Anak Di Rumah Sakit. Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 2(8), 3361-3364. [HTTPS://DOI.ORG/10.53625/ICIJURNALCAKRAWALAILMIAH.V2I8.5544](https://doi.org/10.53625/ICIJURNALCAKRAWALAILMIAH.V2I8.5544)
- Susilaningsih, E. Z., & Listyaningsih, K. D. (2019). *Managemen Nyeri Pada Anak Prasekolah Saat Tindakan Invasif Dengan Distraksi Storytelling. Intan Husada : Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 7(2), 32-40. [HTTPS://DOI.ORG/10.52236/IH.V7I2.149](https://doi.org/10.52236/IH.V7I2.149)
- Tomey, A. M. and Alligood, M. R. (2010) *Nursing Theorists and Their Work*. 7thedn. Mosby: Elsvier

BIODATA PENULIS



Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si lahir di Bandung, pada 1 Januari 1982. Penulis merupakan alumni Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan UNPAD dan alumni Pascasarjana Administrasi Negara di UNIGA. Saat ini aktif menjadi dosen di Prodi D3 Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut.

BAB 11

Manajemen Nyeri Pasien Dewasa

Yusniar, SKM., M.K.M

A. Pendahuluan

Manajemen nyeri pada orang dewasa adalah suatu pendekatan yang holistik dan multi-disiplin untuk mengelola rasa sakit yang dialami seseorang. Pendekatan ini mencakup evaluasi yang komprehensif terhadap sumber nyeri, penilaian tingkat keparahan, serta penerapan strategi intervensi yang tepat. Nyeri adalah sesuatu pengalaman yang tidak bisa dihindari dalam kehidupan manusia dan semua orang pasti pernah mengalami perasaan nyeri termasuk bayi yang baru lahir dan anak-anak rentan dan mampu mengalami sakit fisik, mental, dan emosional. Perbedaan utama antara nyeri pada orang dewasa dan anak-anak adalah, tingkat pemahaman dan cara berkomunikasi. Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan pasien berhubungan dengan maknaIndividu yang sehat secara emosional, biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil.Pasien yang mengalami cedera atau menderita penyakit kritis, seringkali mengalami kesulitan mengontrol lingkungan perawatan diri dapat menimbulkan tingkat ansietas yang tinggi. Nyeri yang

tidak kunjung hilang sering kali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian nyeri (Potter & Perry, 2009).

Usia dapat mempengaruhi nyeri hal tersebut terjadi karena adanya perbedaan tahap perkembangan setiap kelompok usia yang mempengaruhi persepsi dan perilaku nyeri individu. Pada usia anak-anak terdapat kurangnya pemahaman mengenai nyeri dan prosedur pengobatan. Anak-anak belum mampu mengungkapkan nyeri yang dialaminya dengan jelas. Pada usia dewasa sampai dengan lansia, pengkajian yang lebih rinci diperlukan. Seringkali pasien lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Usia reproduktif termasuk dalam rentang usia kejadian nyeri banyak terjadi sebagaimana dinyatakan oleh Benjamin & Virginia dalam bukunya yaitu 21-45 tahun (Renaldi, 2020).

Orang dewasa diyakini memiliki pemahaman soal rasa sakit jauh lebih baik karena bertahun-tahun mengalaminya. Juga, mereka diharapkan lebih mampu berkomunikasi soal ini ketimbang anak-anak, yang mungkin tidak dapat menemukan kata yang tepat untuk menggambarkan rasa sakit, apalagi gejalanya.

B. Konsep Manajemen Nyeri Pada Pasien Dewasa

1. Pengertian Nyeri

Nyeri disepakati oleh *American Pain Society* sebagai tanda vital kelima atau "*the fifth vital sign*". Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan kesadaran penanganan nyeri di antara petugas kesehatan profesional (Bare & Smeltzer, 2008). Dengan penanganan sesuai kebutuhan terhadap nyeri yang ditunjukkan oleh klien, klien akan merasa nyaman dan dapat mempercepat penyembuhan (Rosdahl & Kowalsky, 2008). Dokumentasi pengkajian nyeri pun seperti dokumentasi pengkajian keempat tanda vital yang lain (Bare & Smeltzer, 2008).

Nyeri (*Pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang

dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat, 2012). *Internasional Association for Study of Pain* (IASP), mendefenisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry, 2009). Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk- tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Afroh dan Sudarti 2012).

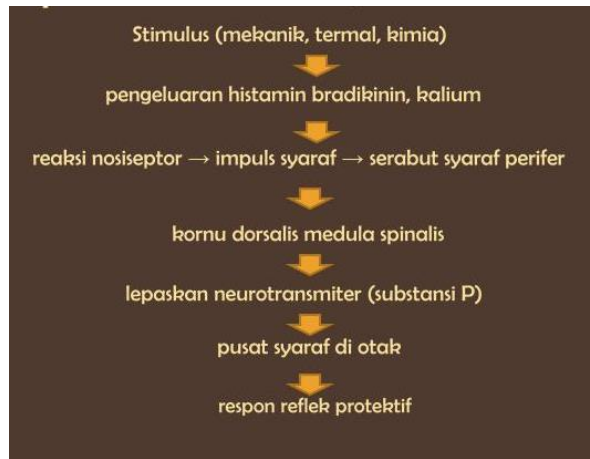
Respon seseorang terhadap nyeri berbeda-beda sesuai usianya. Berdasarkan hal tersebut, pengetahuan perawat tentang penilaian nyeri dan intervensi sangat penting untuk management nyeri yang efektif dan berkualitas dalam perawatan pasien (Potter & Anne, 2012).

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun teori Gate control theory dianggap paling relevan (Tamsuri, 2007). Teori gate control dari Melzack dan Wall (1965) menjelaskan bahwa impuls nyeri diatur oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentranmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmiter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan.

Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mechanoreseptor, 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 diantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi, musik, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter dan Perry, 2009).



Gambar 1. Jalur Modulasi Nyeri (Anderson & Wilson, 2014)



Gambar 2. Alur Nyeri

2. Penilaian Nyeri

Langkah pertama dalam manajemen nyeri adalah melakukan penilaian yang komprehensif terhadap nyeri yang dialami oleh pasien. Hal ini meliputi lokasi, karakteristik (misalnya tajam, tumpul), durasi, dan faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas nyeri.

Penilaian nyeri pada orang dewasa adalah langkah awal yang sangat penting dalam manajemen nyeri yang efektif. Tujuan dari penilaian nyeri adalah untuk memahami karakteristik, intensitas, dan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri yang dialami oleh pasien. Penilaian nyeri ini dinamakan dengan pengkajian nyeri.

Pengkajian nyeri pada orang dewasa merupakan proses yang penting dalam perawatan kesehatan untuk memahami dan mengelola nyeri secara efektif. Berikut adalah langkah-langkah atau komponen-komponen penting dalam pengkajian nyeri pada orang dewasa:

- a. **Riwayat Nyeri:** Wawancara dengan pasien untuk memperoleh informasi yang lengkap tentang nyeri yang dialami, termasuk lokasi nyeri, karakteristik (seperti tajam, tumpul, terbakar), durasi, frekuensi, serta faktor-faktor pemicu atau pemberat nyeri.

- b. Evaluasi Fisik: Pemeriksaan fisik untuk mencari tanda-tanda atau gejala yang terkait dengan nyeri, seperti pembengkakan, perubahan warna kulit, atau area yang lebih sensitif atau nyeri tekan.
- c. Evaluasi Psikososial: Memahami dampak psikososial dari nyeri pada kehidupan sehari-hari pasien, termasuk pengaruh terhadap tidur, mood, kegiatan fisik, serta tingkat kecemasan atau depresi.
- d. Evaluasi Penyebab Nyeri: Identifikasi penyebab yang mendasari nyeri, seperti kondisi medis (penyakit atau cedera), prosedur medis, atau faktor psikologis yang mempengaruhi persepsi nyeri.
- e. Evaluasi Respons Terhadap Pengobatan: Memantau respons pasien terhadap pengobatan yang diberikan untuk mengelola nyeri. Ini termasuk evaluasi efektivitas pengobatan saat ini, penyesuaian dosis, atau pertimbangan untuk metode pengobatan alternatif.
- f. Pendekatan Multidisiplin: Kolaborasi dengan tim perawatan kesehatan multidisiplin seperti dokter spesialis nyeri, psikolog, perawat, dan terapis fisik untuk merencanakan dan menyediakan perawatan yang holistik dan efektif.
- g. Edukasi Pasien: Memberikan informasi kepada pasien tentang penyebab nyeri, rencana pengobatan yang direkomendasikan, serta strategi pengelolaan nyeri yang dapat dilakukan di rumah.
- h. Pencatatan dan Monitoring: Penting untuk mencatat hasil pengkajian nyeri secara teratur dalam catatan medis pasien untuk memantau perubahan dalam intensitas nyeri, respons terhadap pengobatan, dan perubahan kondisi pasien.

Pengkajian nyeri yang komprehensif memungkinkan tim perawatan kesehatan untuk merencanakan intervensi yang tepat dan menyelaraskan perawatan dengan kebutuhan individu pasien, sehingga meningkatkan

kualitas hidup dan pengalaman pasien dalam menghadapi nyeri.

3. Skala Penilaian Nyeri/ Alat Ukur Nyeri Pada Orang Dewasa

Banyak alat ukur pengkajian nyeri telah dikembangkan dan digunakan. Sejumlah hasil penelitian mengungkapkan bahwa pada orang dewasa alat ukur nyeri yang dapat dipakai antara lain Numerical Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale (VAS), Verbal Rating Scale (VRS). Hasil perbandingannya menunjukkan bahwa VAS adalah alat pengkajian nyeri yang lebih baik dibandingkan NRS dan VRS karena memiliki sensitivitas yang baik, reliabilitas yang baik, memiliki sifat-sifat skala rasio, sederhana dan mudah digunakan walaupun akan sulit digunakan jika pasien tidak sadar. (Vitani, 2019).

a. Numerical Rating Scale (NRS)

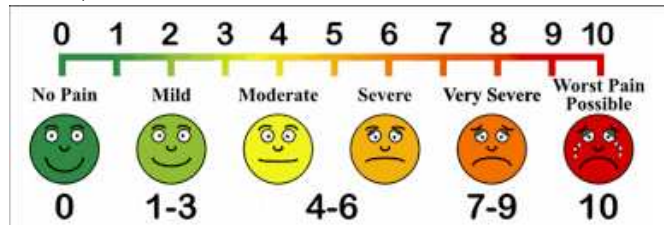
Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian (Potter & Perry, 2009). Menurut Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

1. 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
2. 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
3. 4-6 : rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
4. 7-10 : rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.

b. Visual Analogue Scale (VAS)

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat

menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata (Potter & Perry, 2009).



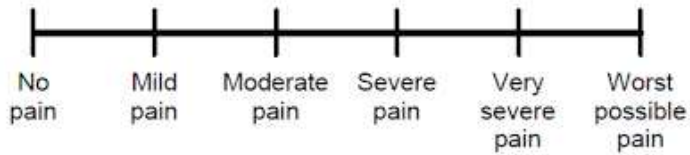
Gambar 3. Visual Analogue Scale (VAS)

- 1) Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada
- 2) Skala 1-3 seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules.
- 3) Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk.
- 4) Skala 7-9 merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien,
- 5) Sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol.

Ujung kiri pada VAS menunjukkan "tidak ada rasa nyeri", sedangkan ujung kanan menandakan "nyeri yang paling berat".

c. Verbal Rating Scale (VRS)

Alat ukur nyeri yang menggunakan angka 0 sampai dengan 10. Skala Verbal Rating Scale ini efektif digunakan untuk pasien pasca bedah, karena skala verbal ini menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak nyeri, sedang, dan parah. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri



Gambar 4 : Verbal Rating Scale (VRS)

4. Penyebab Nyeri

Identifikasi penyebab nyeri (misalnya penyakit, cedera, atau prosedur medis) sangat penting untuk menentukan pendekatan terapi yang tepat.

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan atau potensi kerusakan jaringan. Penyebab nyeri dapat bervariasi dari kondisi medis tertentu hingga proses patologis yang kompleks. Berikut adalah beberapa penyebab umum nyeri:

- a. Cedera atau Trauma: Termasuk cedera fisik seperti patah tulang, sayatan, memar, atau trauma akibat kecelakaan.
- b. Penyakit atau Gangguan Medis: Berbagai kondisi medis seperti:
 - 1) Penyakit inflamasi: Seperti arthritis, bursitis.
 - 2) Penyakit neurologis: Misalnya neuropati (kerusakan saraf perifer), sciatica.
 - 3) Penyakit degeneratif: Seperti osteoarthritis, degenerasi diskus tulang belakang.
 - 4) Penyakit autoimun: Seperti lupus, multiple sclerosis (MS).
 - 5) Penyakit kanker: Nyeri yang disebabkan oleh pertumbuhan tumor atau efek dari pengobatan kanker.
 - 6) Penyakit gastrointestinal: Misalnya gastritis, ulkus.
- c. Prosedur Medis atau Pembedahan: Nyeri dapat timbul setelah prosedur medis atau pembedahan, baik karena

kerusakan jaringan langsung maupun sebagai respons terhadap proses penyembuhan.

- d. Infeksi: Infeksi pada organ atau jaringan tertentu dapat menyebabkan nyeri lokal, seperti infeksi saluran kemih atau infeksi kulit
- e. Kondisi Psikologis: Stres, kecemasan, atau depresi dapat mempengaruhi persepsi nyeri seseorang.
- f. Faktor Lingkungan: Misalnya suhu ekstrem, paparan bahan kimia atau racun.
- g. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah: Seperti nyeri dada akibat angina atau serangan jantung.
- h. Gangguan Muskuloskeletal: Seperti ketegangan otot, kram, atau fibromyalgia.
- i. Kondisi Kehamilan: Nyeri yang terkait dengan perubahan fisik dan hormonal selama kehamilan.
- j. Kecelakaan atau Trauma Emosional: Nyeri yang muncul sebagai hasil dari kecelakaan emosional atau kehilangan yang signifikan.
- k. Penting untuk menilai dan mengidentifikasi penyebab nyeri secara tepat guna merencanakan strategi pengelolaan nyeri yang sesuai. Terkadang nyeri dapat menjadi gejala dari kondisi yang lebih serius atau membutuhkan pendekatan multidisiplin untuk mengelola secara efektif.

5. Terapi Farmakologis

Penggunaan obat-obatan analgesik (seperti NSAIDs, opioid, antidepresan, antikonvulsan) yang disesuaikan dengan jenis dan tingkat keparahan nyeri merupakan bagian penting dari manajemen nyeri.

6. Terapi Non - Farmakologis

Teknik-teknik seperti terapi fisik, akupunktur, terapi panas-dingin, relaksasi, dan terapi perilaku kognitif merupakan bagian dari pendekatan non-farmakologis untuk mengurangi nyeri.

7. Manajemen Holistik

Melibatkan pendekatan multidisiplin termasuk ahli bedah, dokter spesialis nyeri, psikolog, serta perawat untuk memastikan pendekatan yang komprehensif dalam mengelola nyeri.

8. Edukasi Pasien

Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang penyebab nyeri, pengobatan yang direncanakan, dan harapan perjalanan penyembuhan dapat membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rencana perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afroh, F., Judha, M., & Sudarti. (2012). Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Anderson, S., & Wilson Lorraine, M. (2014). patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC.
- Bare, BG., Smeltzer, SC. (2008). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 6. Jakarta : EGC.
- Hidayat, A. A. (2012). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2009). Fundamental Keperawatan, Edisi 7 Buku 1. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, P., & Anne, G. (2012). Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik. Edisi 4. Volume 2. Jakarta: EGC
- Renaldi, A. (2020) 'Relaksasi Benson terhadap Tingkat Persepsi Nyeri pada Pasien Post Laparatomy di RSUD Nyi Ageng Serang', Jurnal Keperawatan, 9(1), pp. 50-59
- Rosdahl, C. Bunker, dan Marry T. Kowalski. (2008). Textbook of basic nursing. (9 th ed).Philadelphia : Lippincott.
- Tamsuri,2007, Konsep Penatalaksanaan Nyeri EGC, Jakarta
- Vitani, Raimonda Amayu Ida. 2019. Tinjauan Literatur: Alat Ukur Nyeri Untuk Pasien Dewasa Literature Review: Pain Assessment Tool To Adults Patients. Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan Vol. 3 No. 1 Januari 2019, Halaman 1 - 7. pISSN : 2356-3079. eISSN : 2685-1946. UP2M AKPER Widya Husada Semarang

BIODATA PENULIS



Yusniar, SKM., M.K.M lahir di Sibolga, pada 14 September 1978. Menyelesaikan Pendidikan DIII di Jurusan Keperawatan Universitas Sumatera Utara Tahun 2000. S1 Prodi Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Winda Nauli Husada Sibolga Tahun 2013 dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara Tahun 2018. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan Prodi Tapanuli Tengah.

BAB 12

Manajemen Nyeri pasien Geriatrik

Idayanti, Ns, SPd, S.Kep, M.Kes

A. Pendahuluan

Keluhan rasa nyeri yang dirasakan oleh para lansia biasanya bersifat multifaktorial dan terkadang menemui banyak kendala dalam penatalaksanaanya. Akibat penatalaksanaan yang kurang baik pada keluhan rasa nyeri yang dialami seseorang akan berdampak pada stautus kesehatan dan kualitas hidup lansia tersebut. Penatalaksanaan yang tidak adekuat dapat berhubungan dengan rasa depresi, isolasi hubungan social, ketidakmampuan dan dapat pula menyebabkan gangguan tidur (Cavaliery, 2002).

Terjadinya nyeri pada lansia seringkali diabaikan, diremehkan, dan tidak dilaporkan, sehingga pengobatan tidak memadai. Hal ini berdampak serius pada kesehatan, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, dan kualitas hidup.

B. Konsep Manajemen Nyeri pada Lansia

1. Pengertian

The International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri kronis adalah salah satu kondisi paling umum yang dihadapi oleh profesional kesehatan, terutama diantara pasien usia lanjut(≥65 tahun). Nyeri berhubungan dengan mobilitas, penurunan aktivitas, jatuh, depresi dan kecemasan, gangguan tidur, dan isolasi. Manajemen nyeri kronis selalu membutuhkan pendekatan biopsikososial bila

memungkinkan. Keluhan nyeri yang dialami oleh lansia biasanya bersifat multifaktorial dan mungkin menemui banyak kendala dalam pengobatan. Akibat dari penanganan keluhan nyeri yang tidak adekuat pada seseorang akan berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidup lansia. Penatalaksanaan yang tidak memadai dapat dikaitkan dengan perasaan depresi, isolasi dan gangguan dalam hubungan sosial, bahkan dapat menyebabkan gangguan tidur (Cavalieri TA., 2017).

2. Etiologi nyeri pada individu lanjut usia

Perubahan degeneratif pada sistem muskuloskeletal, seperti osteoarthritis dan osteoporosis, merupakan penyebab nyeri paling umum pada lanjut usia. Nyeri muskuloskeletal dan nyeri myofascial berkontribusi terhadap peningkatan frekuensi nyeri. Misalnya, nyeri punggung bawah kronis lebih sering terjadi pada orang berusia 65 tahun ke atas dibandingkan mereka yang berusia 16 hingga 24 tahun. Penyakit degeneratif metabolik dan gangguan gizi sangat umum terjadi pada lansia. Kedua penyakit ini dapat menimbulkan nyeri pada lansia, antara lain:

Diabetes atau neuropati nutrisi. Lansia juga sering mengalami masalah keseimbangan dan lebih rentan mengalami trauma dan patah tulang, yang juga dapat menimbulkan rasa sakit. Kondisi non-kanker lain yang sering menyebabkan nyeri pada orang lanjut usia termasuk neuralgia pascaherpetik, neuralgia trigeminal, dan nyeri pasca stroke.

Penyakit ganas sangat sering terjadi pada lansia dan menyebabkan nyeri kanker yang parah pada kelompok usia ini. Diperkirakan lebih dari 80% pasien kanker menderita nyeri, dan lebih dari separuhnya berusia antara 70 dan 91 tahun. Kelompok ini menderita ketergantungan fungsional, dan beberapa menderita depresi, yang mungkin disebabkan oleh kanker itu sendiri atau rasa sakit yang disebabkan oleh kanker.

3. Perubahan persepsi nyeri

Meski hasil berbagai penelitian belum mampu memberikan kesimpulan yang konsisten, namun diasumsikan terdapat perubahan ambang batas deteksi dan toleransi nyeri pada lansia. Ambang deteksi nyeri, stimulus minimum yang dibutuhkan seseorang untuk menunjukkan bahwa suatu stimulus menyebabkan nyeri, diperkirakan berubah seiring bertambahnya usia. Studi eksperimental menyatakan bahwa secara umum ambang batas deteksi nyeri suhu dan nyeri tekan meningkat seiring bertambahnya usia.

Pada orang dewasa yang lebih tua, ambang toleransi rasa sakit, stimulus terendah yang diperlukan sebelum seseorang tidak dapat lagi mentoleransi rasa sakit atau mencari penghentian stimulus berubah. Kebanyakan orang dewasa yang lebih tua mengalami penurunan ambang toleransi rasa sakit.

Selain penuaan, diperkirakan ada berbagai faktor yang terlibat dalam perubahan ini, termasuk faktor sosial, hubungan interpersonal, serta gangguan mental dan psikologis, dan hal ini juga harus diperhitungkan saat menangani nyeri pada lansia.

4. Perubahan sistem somatosensoris

Pada orang dewasa yang lebih tua, beberapa perubahan diamati pada sistem somatosensori yang mentransmisikan rangsangan nyeri, baik ditingkat perifer maupun sentral.

Pada tingkat perifer, perubahan dapat terjadi pada aspek struktural, biokimia, dan fungsional sistem aferen primer.

Secara struktural, keadaan kulit dan nosiseptor berubah baik dikulit maupun di tempat lain. Serabut saraf sensorik bermielin dan tidak bermielin mengalami proses degeneratif seiring bertambahnya usia.

Hal ini dapat mengurangi kepadatan serat saraf tepi dan memperlambat kecepatan konduksi saraf tepi pada orang dewasa yang lebih tua.

5. Penilaian nyeri pada lanjut usia

Memahami riwayat alami nyeri, merencanakan pengobatan, dan mendidik pasien memerlukan riwayat kesehatan yang tepat, penilaian intensitas nyeri, dan pemeriksaan fisik yang sesuai dengan etiologi nyeri. Pada orang lanjut usia yang masih kooperatif, intensitas nyeri biasanya dapat dinilai dengan menggunakan berbagai metode. Metode yang sangat efektif dan berhasil dilakukan oleh sebagian besar orang lanjut usia meliputi Skala Deskriptif Verbal (VDS), Skala Penilaian Numerik (NRS) , Skala Gambar Wajah, dan Skala Nyeri Wajah Wong-Baker.

Penting juga untuk dicatat bahwa sebagian besar orang lanjut usia mengalami kehilangan pendengaran dan penglihatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan penyesuaian metode pengujian sesuai dengan kondisi pasien, termasuk memastikan bahwa suara dan instruksi pasien dapat dipahami. Selain itu, fungsi kognitif seperti kemampuan berpikir abstrak mungkin menurun pada lansia. Oleh karena itu, penelitian di atas tidak valid dan sulit diterapkan. Hal ini menyebabkan penilaian nyeri menjadi tidak optimal dan kegagalan manajemen nyeri.

6. Perubahan farmakokinetik dan farmakodinamik pada lanjut usia

Perubahan fisiologis pada lansia mempengaruhi proses farmakokinetik dan farmakodinamik. Perubahan farmakokinetik seperti perlambatan pengosongan lambung dapat mempengaruhi kecepatan absorpsi obat serta meningkatkan risiko iritasi lambung. Penurunan fungsi hepar dan ginjal dapat berpotensi memperlambat waktu paruh obat di dalam darah. Hal ini terjadi karena metabolisme obat serta pembuangan komponen obat dari darah mengalami penurunan sehingga kadar obat dalam darah menjadi lebih lama. Penurunan afinitas obat

terhadap protein pengikat di plasma juga berpotensi meningkatkan sirkulasi obat bebas dalam darah. Penurunan massa otot dan peningkatan lemak tubuh dapat menyebabkan akumulasi obat larut lemak, seperti diazepam, sehingga risiko efek sampingnya meningkat.

7. Pilihan pengobatan nyeri pada lansia

Farmakoterapi merupakan salah satu andalan dalam pengobatan pasien nyeri kronis, termasuk pasien usia lanjut

Ada beragam pengobatan yang dapat digunakan, termasuk analgesik non-opioid, termasuk obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) dan parasetamol, opioid, serta obat tambahan seperti antiepilepsi dan antidepresan. Panduan Perawatan Farmakologis Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) umumnya digunakan dalam pengobatan nyeri terkait kanker dalam bentuk batu loncatan analgesik. Namun, prinsip dasar manajemen nyeri juga dapat diterapkan pada nyeri kronis selain kanker.

Terapi farmasi-parasetamol sebagai analgesik non-opioid merupakan salah satu pilihan pertama dalam pengobatan nyeri ringan hingga sedang pada kondisi nyeri geriatri, seperti nyeri muskuloskeletal, karena keamanannya. Parasetamol dapat dikombinasikan dengan obat lain seperti opioid untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat.

Kombinasi ini dinilai sangat efektif dalam mengurangi intensitas nyeri dan dapat membantu mengurangi jumlah opioid yang digunakan pasien, sehingga meminimalkan risiko efek samping opioid.

8. Terapi nonfarmakologi nyeri pada lanjut usia

Perawatan non-obat harus selalu dipertimbangkan ketika mengobati nyeri kronis. Kombinasi yang tepat dengan pengobatan nonfarmakologis diharapkan dapat meningkatkan efektivitas pengobatan nyeri pada lansia, menurunkan jumlah obat yang digunakan, dan menurunkan risiko efek samping farmakoterapi. Langkah pertama dalam terapi non-obat adalah pendidikan pasien.

Pendidikan pasien harus mencakup penjelasan singkat tentang keadaan penyakit, tujuan pengobatan, manfaat terapi fisik gabungan, prognosis, dan mekanisme penyakit.

Meski tidak secara langsung mengurangi rasa sakit, terdapat cukup bukti dapat membantu pasien memahami manajemen serta menyesuaikan diri dengan kondisi yang dialami. Pendekatan seperti relaksasi, meditasi, *biofeedback*, terapi musik, atau cognitive Behavioral Therapy (CBT) dapat bermanfaat terutama pada nyeri kronis. Berbagai terapi tersebut membutuhkan pemahaman yang cukup oleh pasien sehingga sulit dilakukan pada pasien dengan gangguan kognitif.

Terapi fisik dan terapi okupasi adalah metode non-farmakologis yang paling sering digunakan untuk nyeri muskuloskeletal. Terapi ini sering dilakukan secara bersama-sama dengan bimbingan seorang terapis sehingga dapat menimbulkan rasa senang dan nyaman pada lansia. Latihan fisik mencegah pengeroposan otot dan tulang, menggerakkan persendian, dan mengurangi kontraksi otot yang menimbulkan nyeri.

Terapi okupasi, seperti penggunaan alat bantu jalan (*walker*) atau alat bantu lainnya, dapat meningkatkan mobilitas dan meningkatkan aktivitas pasien sehari-hari. Selain mengurangi rasa sakit, kombinasi intervensi ini secara umum juga meningkatkan fungsi sosial dan kemandirian pasien. Meskipun terapi fisik memiliki kelebihan, terdapat beberapa kelemahan yang dapat menyebabkan ketidakefisienan dalam manajemen nyeri. Kerugian dari terapi fisik mencakup kenyataan bahwa pengobatan terbatas pada periode aktivitas fisik, setelah itu pasien harus dibawa ke klinik, dan adanya penyakit penyerta membatasi kemungkinan penggunaan terapi fisik.

Secara umum, manajemen nyeri pada lansia memerlukan pendekatan multidisiplin yang mencakup pengobatan depresi dan kecemasan dengan rehabilitasi fisik, terapi okupasi, dan intervensi psikologis. Penilaian

dan investigasi nyeri pada lansia memerlukan pendekatan holistik dan komprehensif, dengan mempertimbangkan keterbatasan yang berbeda, seperti gangguan kognitif. Untuk menghindari efek samping, perubahan farmakokinetik dan farmakodinamik pada lansia harus diperhitungkan saat menerapkan terapi obat. Pada akhirnya, kombinasi pengobatan farmakologis dan non-farmakologis harus dipertimbangkan untuk mencapai keberhasilan dalam manajemen nyeri dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, BPPSDM Kesehatan, (2016). Modul Keperawatan Gerontik. Jakarta
- Meiner. S. (2015). Gerontologi Nursing 5 th Edition. USA: Elseiver
- Cavalieri TA. 2002. Pain Management in The Elderly. J Am Osteopath Assoc;102: 481-5
- Ratnawati. E. (2016). Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru
- Stanley. M & Beare. P. G. (2006). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2. Jakarta: EGC
- Sunaryo, dkk. 2016. Asuhan Keperawatan Gerontik. CV Andi Offset. Yogyakarta.
- <https://link.springer.com/article/10.1007/s40122-019-0111-7>
- <https://link.springer.com/article/10.1007/s40122-019-0111-7>

BIODATA PENULIS



Idayanti, SPd, S.Kep, Ns, M.Kes Lahir di Pringsewu, 22 Oktober 1969. Lulusan Universitas Riau (S1) dan. Universitas Sumatera Utara (S2). Gemar menulis berita web di Kampus. Saat ini tercatat Dosen Poltekkes Kemenkes Riau Jurusan Keperawatan.

A. Pendahuluan

Pemahaman mengenai sensasi nyeri serta usaha untuk mengontrol atau mereduksi level nyeri selalu menjadi salah satu aspek penting dari terapi medis. Nyeri adalah masalah medis yang sering ditemui dalam praktek. Nyeri sendiri merupakan kekhawatiran terbesar pasien di Unit Perawatan Intensif (ICU) khususnya bagi pasien yang tidak sadar.

Sebagian besar pasien sakit kritis mengalami nyeri sedang sampai heba., Penatalaksanaan nyeri menjadi prioritas nasional dalam beberapa tahun terakhir, namun nyeri terus disalahartikan, dikaji dengan buruk, dan tidak ditangani dengan adekuat di ICU dan banyak tatanan perawatan kesehatan lainnya. Nyeri yang tidak terkontrol memicu respon fisik dan emosional, menghambat penyembuhan, meningkatkan resiko komplikasi lainnya dan meningkatkan masa rawat di ICU terurama bagi pasien tidak saar.

National Institutes of Health (NIH) membagi nyeri menjadi tiga berdasarkan penyebabnya :

1. Nyeri karena penyakit atau luka akut karena pembedahan (nyeri akut),
2. Nyeri karena kanker atau penyakit progresif (nyeri kronik maligna), dan
3. Nyeri karena penyakit non progresif atau pada jaringan yang telah mengalami penyembuhan (nyeri kronik non maligna).

Potter & Perry (2010), menjelaskan empat proses fisiologis dari nyeri nosiseptif (saraf-saraf yang menghantarkan stimulus nyeri ke otak), yaitu :

1. Proses transduksi, merupakan proses perubahan stimulus suhu, kimia atau mekanik menjadi energi listrik. Transduksi dimulai dari perifer, pada saat stimulus nyeri mengirimkan impuls yang melewati serabut saraf nyeri perifer yang terdapat di pancaindra kemudian akan mencetuskan potensial aksi setelah proses transduksi selesai maka proses transmisi impuls nyeri dimulai.
2. Proses transmisi, kerusakan sel dapat disebabkan oleh stimulus suhu, mekanik atau kimiawi yang menyebabkan pelepasan neurotransmitter (prostaglandin, bradikinin, kalium, histamin dan substansi P) yang terdapat di sekitar serabut nyeri di cairan ekstraseluler kemudian menyebabkan inflamasi. Serabut nyeri memasuki medulla spinalis melalui vertebra dan berakhir di gray matter (lapisan abu-abu) medulla spinalis. Substansi P dilepaskan di vertebra yang menyebabkan transmisi sinapsis dari saraf perifer aferen ke sistem saraf spinotalamik melewati sisi yang berlawanan. Sepanjang sistem spinotalamik, impuls-impuls melewati medulla spinalis kemudian mentransmisikan informasi ke otak. Kemudian otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi yang berhubungan dengan persepsi nyeri. Kemudian proses persepsi, dimana seseorang sadar akan timbulnya nyeri. Faktor psikologis dan kognitif yang berhubungan dengan neurofisiologi dalam mempersepsikan nyeri.
3. Proses modulasi, setelah otak menerima adanya stimulus nyeri akan terjadi pelepasan neurotransmitter inhibitor yang bekerja menghambat transmisi nyeri dan menimbulkan rasa analgesik. Namun pada pasien yang tidak sadar memerlukan pengkajian spesifik untuk menilai tingkat nyeri yang dialami pasien tersebut. Di

bawah ini akan dijelaskan lebih rinci mengenai nyeri pada pasien tidak sadar.

B. Konsep Nyeri Pada Pasien Tidak Sadar

1. Pengkajian Nyeri di ICU

Sakit kritis yang dialami pasien dapat menimbulkan nyeri. Kondisi-kondisi yang umum ditangani di ruang ICU dikaitkan dengan nyeri hebat, diantaranya infark miokardium, pemulihan dari bedah thorax atau bedah saraf, trauma multiple dan luka bakar luas. Prosedur seperti pemasangan dan pencabutan selang *endotracheal*, penghisapan (*suction*) dan perawatan luka menimbulkan nyeri yang nyata. Penelitian baru-baru ini menunjukkan bahwa prosedur sederhana seperti memiringkan pasien juga dapat menyebabkan nyeri yang berat.

Nyeri pasien harus dikaji pada interval teratur untuk menentukan keefektifan terapi, munculnya efek samping, kebutuhan penyesuaian dosis, atau kebutuhan akan dosis tambahan guna mengatasi nyeri akibat prosedur. Nyeri harus dikaji ulang pada interval yang tepat setelah pemberian obat nyeri atau intervensi lainnya, seperti 30 menit setelah dosis morfin IV.

Dalam perawatan kritis, berbagai kondisi bisa menyertai sehingga pengkajian nyeri pasien dan terapi lanjutannya sulit dilakukan. Kondisi ini meliputi : penurunan kesadaran, terpasang ventilator, intubasi endotrakheal, pengaruh obat sedasi serta kurangnya pengetahuan.

Menurut Oetoro (2010) penyebab nyeri pada pasien ICU antara lain nyeri karena penyakitnya, prosedur invasif, trauma, peralatan monitoring dan terapi (kateter, drain, alat ventilasi non mekanik, *endotracheal tube*), tindakan perawatan rutin (hisap lender, fisioterapi, ganti balut, dan perubahan posisi), imobilisasi lama, serta pasca bedah.

Menurut Sole, Deborah, Moseley (2013) Beberapa hal yang dilakukan dalam pengkajian nyeri adalah:

- a. Nyeri harus dikaji dan diatasi dengan tepat pada pasien.
- b. Pasien harus dilibatkan aktif dalam manajemen nyeri
- c. Petugas kesehatan perlu melakukan penanganan nyeri dengan analgesik yang aman dan efektif
- d. Nyeri harus dikaji ulang dan ditangani dalam memenuhi kebutuhan pasien
- e. Petugas kesehatan perlu membentuk program komprehensif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien terkait nyeri.

Menurut *American Pain Society* dalam Morton, dkk, (2011) Pengkajian harus dilakukan secara terus menerus dan teratur untuk memonitor keefektifan terapi dan efek samping, kebutuhan penyesuaian dosis akibat prosedur tertentu. Di seting ICU pengkajian nyeri dan terapi lanjutannya sulit dilakukan karena kondisi tertentu seperti penurunan kesadaran, kondisi kekutan penyakit, ketidakmampuan menyampaikan nyeri, keterbatasan gerakan dan intubasi endotrakheal. Tidak adanya tanda fisik nyeri sering diartikan bahwa pasien tidak nyeri. Morton, dkk, (2011) dan Hidayat (2008) metode pengkajian nyeri dapat dilakukan melalui tiga cara yaitu:

- a. *Self-report measure* (Laporan-diri pasien)

Laporan diri pasien merupakan hal yang penting dikarenakan nyeri merupakan pengalaman subyektif. Laporan diri dilakukan pada fase istirahat, saat aktivitas rutin, seperti saat batuk, napas dalam dan miring. Pada kondisi pasien sadar pelaporan subyektik nyeri merupakan indikator penting daripada indikator obyektif. JCAHO dan *Society of Critical Care Medicine* merekomendasikan pengkajian nyeri menggunakan skala seperti skala analog visual dan angka dengan rentang 0-10 dari tidak nyeri hingga nyeri sangat berat. Pasien diminta untuk menentukan sendiri skala nyeri. Selain itu perawat juga membantu pasien dalam mengkomunikasikan nyeri yang

dirasakan yang memuat pertanyaan terbuka seperti “apakah anda merasa nyeri?”, “dimana letak nyeri?”, “seberapa hebat nyeri yang anda rasakan?”, “apa hal yang dapat meredakan nyeri tersebut?”. Kedipan mata sederhana atau gerakan jari dijadikan sebagai isyarat pasien yang tidak mampu berbicara.

Dalam mengukur cara ini pasien diminta untuk menilai sendiri rasa nyeri yang dirasakan apakah nyeri yang berat (sangat nyeri), kurang nyeri dan nyeri sedang. Laporan diri pasien harus diperoleh tidak hanya pada saat istirahat, namun selama aktifitas rutin, seperti pada saat batuk, napas dalam dan miring. Apabila pasien dapat berkomunikasi perawat perawatan kritis harus menerima gambaran nyeri pasien sebagai sesuatu yang valid dengan teknik PQRS, yaitu :

- P : Provokatif/ Paliatif (pemacu), faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- Q : Quality (kualitas), seperti apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat.
- R : Region/ Radiation, daerah perjalanan nyeri.
- S : Severity, keparahan atau intensitas nyeri.
- T : Timing, lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

b. Observasi

Pasien yang merasa nyeri menunjukkan perilaku khusus seperti guarding, menarik diri, menghindari gerakan, merengek, menangis atau menjerit dan perubahan ekspresi wajah. Pasien tidak dapat berbicara menggunakan isyarat wajah, mata, atau gerakan tangan. Selain itu pasien dapat menunjukkan perilaku mengatasi nyeri seperti menggosok daerah nyeri, mengubah posisi, meminta obat penurun nyeri.

c. Parameter Fisiologis

Status fisik seperti tekanan darah, nadi, pernapasan dapat digunakan sebagai indikator nyeri.

Tetapi pada kondisi pasien tidak sadarkan diri perawat mengalami kesulitan membedakan kondisi fisiologis tersebut dengan kondisi pasien yang tidak berubangan dengan nyeri seperti hipotensi, takikardi, dan demam akibat penyakit infeksi dll.

Pengukuran fisiologis digunakan untuk mendukung laporan diri pasien dan pengukuran observasi. Contoh, satu orang pasien dapat melaporkan nyeri bernilai 3 dari 10, sementara pasien mengalami takikardi, diaforesis, dan pernapasan cepat. Pasien yang lain dapat memberikan laporan diri 7 dari 10 sambil tersenyum. Perbedaan ini dapat disebabkan oleh penggunaan aktivitas pengalihan, keterampilan koping, kepercayaan mengenai nyeri, latar belakang budaya, ketakutan akan kecanduan, atau takut menyusahkan staf keperawatan berguna dalam keadaan dimana pengukuran secara observasi lebih sulit dilakukan. Yang termasuk dalam pengukuran fisiologis adalah pemeriksaan denyut nadi, pernapasan, dll.

2. Alat Ukur Nyeri Bagi Pasien Tidak Sadar

Pengkajian nyeri baik di ICU maupun di Unit emergensi menggunakan beberapa instrumen sesuai kondisi pasien sebagai berikut:

a. *Behavioral Pain Scale (BPS)*

BPS biasa digunakan pada pasien dengan ventilator dengan perubahan kesadaran. Skor BPS meningkat pada pasien dengan prosedur invasif seperti saat dilakukan suction ETT dibandingkan prosedur noninvasif (mengganti kasa dan mengoles salep mata). Bila skor BPS lebih dari 5 maka dinyatakan nyeri. Klinisi relatif puas dengan penggunaan BPS namun ada beberapa ketidakpuasan menyangkut ekspresi penilaian melawan ventilator dan 4 tidak bisa mengontrol ventilator (Urden, L., Kathleen, M.S dan Mary, E.L, 2014).

BPS merupakan alat ukur nyeri yang sering digunakan dan valid serta reliabel pada pasien dengan penggunaan ventilasi mekanik yang tidak dapat berkomunikasi/tidak sadar (Sole, Klein & Marthe, 2013).

Tabel 1. Pengkajian BPS

Penilaian	Deskripsi	Skor
Ekspresi wajah	Rileks	1
	Tegang partial	2
	Tegang	3
	Meringis	4
Ekstremitas atas	Tidak bergerak	1
	Menekuk partial	2
	Menekuk dgn fleksi jari	3
	Retraksi permanen	4
Kepatuhan dengan ventilasi	Toleransi baik	1
	Batuk tapi sebagian besar toleransi dgn ventilasi	2
	Fighting dgn ventilator	3
	Tidak dapat mengontrol ventilator	4
Total Skor		

b. *Critical Care Patient Observation Tools (CPOT)*

CPOT ditemukan oleh Gelineas, dkk (2006) merupakan alat yang dikembangkan menggunakan unsur-unsur rasa nyeri yang ada pada alat ukur penyajian nyeri (termasuk BPS). CPOT memiliki 4 domain termasuk ekspresi wajah, gerakan tubuh, ketegangan otot dan pengembangan ventilasi. Pasien dinilai dalam rentang skor antara 0-2 pada setiap bagiannya sehingga memberikan nilai minimal 0 (tidak ada nyeri) sampai 8 (sangat nyeri). CPOT tepat digunakan pada pasien dengan atau tanpa menggunakan selang endotrakheal.

Keterbatasan dari banyak alat penilaian perilaku nyeri (seperti CPOT) adalah perlunya perhatian khusus pada setiap gerakan, sehingga penting bagi perawat untuk hati-hati mengevaluasi setiap

kemampuan pasien untuk menunjukkan perilaku yang diperlukan dalam penilaian. Alat ini memerlukan evaluasi dari 4 kategori berikut:

Tabel 2. Assesment CPOT

Indikator	Skor		Deskripsi
Ekspresi wajah	Rileks, netral	0	Tidak terlihat adanya ketegangan otot
	Tegang	1	Merengut, menurunkan alis
	Meringis	2	Semua gerakan wajah sebelumnya ditambah kelopak mata tertutup rapat (pasien bisa juga dengan mulut terbuka atau menggigit tabung endotrakeal)
Gerakan tubuh	Adanya gerakan atau posisi normal	0	Tidak bergerak sama sekali (tidak selalu berarti tidak adanya rasa sakit) atau posisi normal (gerakan tidak ditujukan terhadap adanya lokasi nyeri atau tidak dibuat untuk tujuan perlindungan)
	Gerakan perlindungan	1	Lambat, gerakan hati-hati, menyentuh lokasi nyeri, mencari perhatian melalui gerakan
	Gelisah	2	Menarik tabung, mencoba untuk duduk, bergerak badan atau meronta-ronta, tidak mengikuti perintah, mencoba untuk bangun dari tempat tidur
Kepatuhan dengan ventilator (pasien diintubasi)	Toleran terhadap ventilator dan gerakan	0	Alarm tidak aktif, ventilasi mudah
	Batuk tapi masih toleran	1	Batuk, alarm mungkin aktif tapi berhenti secara spontan
	Melawan ventilator	2	Tidak sinkron : blocking ventilasi, alarm aktif secara terus menerus
vokalisasi (pasien)	Berbicara dengan nada normal atau	0	Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara

diekstubas i).	tidak ada suara		
	Mendesah, mengerang	1	Mendesah, mengerang
	Menangis terisak-isak	2	Menangis terisak-isak
Ketegangan otot	Rileks	0	Tidak resisten terhadap gerakan pasif
	Tegang	1	Resistan terhadap gerakan pasif
	Sangat tegang	2	Resisten kuat terhadap gerakan pasif

c. *Checklist of Nonverbal Pain Indicator*

Alat ini menyediakan indikator yang baik pada pasien dengan distress dengan memperlihatkan sikap pasien yang dirancang pada pasien dengan gangguan kognitif dimana tidak mampu merespon terhadap pertanyaan dengan baik. Alat tersebut menunjukkan tidak adanya perbedaan antara sikap yang diobservasi antara pasien gangguan kognitif dan tidak mengalami gangguan kognitif (Sole, Klein & Marthe, 2013).

Tabel 3. *Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)*

No	Perilaku/Respon	Gerakan	Saat Istirahat
1	Keluhan vokal: nonverbal (Mengahela napas, megap-megap, mengerang, mengerang, menangis)		
2	Meringis/Mengernyitkan dahi (Alis berkerut, mata menyipit, gigi terkatup, bibir terkatup, rahang ternganga, ekspresi terdistorsi)		
3	Berpegangan (Mencengkeram atau memegangi furnitur, peralatan, atau area yang terpengaruh selama gerakan)		
4	Kegelisahan (Pergeseran posisi yang konstan atau terputus-putus, bergoyang, gerakan tangan yang terputus-putus atau konstan, ketidakmampuan untuk tetap diam)		

5	Menggosok (Memijat area yang terpengaruh)		
6	Keluhan vokal: verbal (Kata-kata yang mengungkapkan ketidaknyamanan atau rasa sakit [misalnya, "aduh," "sakit sekali"]; mengumpat selama gerakan; seruan protes [misalnya, "berhenti," "cukup"])		
	Subtotal		
	Total		

Feldt KS. *The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI)*. *Pain Manag Nurs.* (2000)

Penilaian:

Beri skor 0 jika perilaku tersebut tidak diamati.

Beri skor 1 jika perilaku tersebut terjadi bahkan sebentar selama aktivitas atau saat istirahat.

Jumlah total indikator dijumlahkan untuk perilaku yang diamati saat istirahat, dengan gerakan, dan secara keseluruhan.

Tidak ada skor batas yang jelas untuk menunjukkan tingkat keparahan nyeri; sebaliknya, adanya salah satu perilaku tersebut mungkin merupakan indikasi nyeri, yang memerlukan penyelidikan, perawatan, dan pemantauan lebih lanjut oleh praktisi.

3. Sumber Untuk Meningkatkan Pengendalian Nyeri Yang Efektif

Morton, dkk, (2011) mnyatakan bahwa dalam dekade terakhir lembaga pemerintah, organtisasi profesi, lembaga perawatan dan para ahli penatalaksanaan nyeri memfokuskan perhatian pada penatalaksanaan nyeri seperti di Amerika Serikat. Tindakan yang dilakukan adalah pengenalan panduan praktik klinis seperti padnuan management nyeri akut tahun 1992, management nyeri kanker tahun 1994 oleh *Agency for Health Care Policy dan Research*; melakukan publikasi uji coba SUPPORT (*Study to Understand prognosis and Preferences for Outcome and Risks of Treatmwnt* tahun 1995;

implementasi standar akreditasi penatalaksanaan nyeri secara nasional oleh JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) tahun 2001.

Sumber untuk meningkatkan pengendalian nyeri menurut Morton, dkk, (2011) yaitu :

a. Panduan Praktek Klinis

Panduan praktik klinis berguna sebagai standar asuhan yang berlaku secara nasional untuk masalah khusus. AHCPR menyeelnggarakan panel untuk para ahli dalam meninjau penelitian, memberikan pendapat, meringkas pengetahuan saat ini. Panduan disebar luaskan berfungsi sebagai memberikan beberapa perbaikan dalam penatalaksanaan nyeri dan sebagai dokumen legal yang mewakili standar asuhan nasional. Salah satu contoh panduan praktik yang bermanfaat bagi perawat dan dokter adalah *Sustained Use of Sedation and Analgetics in the Critical Care Ill Adult* yang dibuat oleh *Society of Critical Care Medicine* dan *American Society of Health-System Pharmacists*.

b. Uji coba SUPPORT

Uji coba telah dilakukan pada 9000 pasien kritis dengan memberikan intervensi dukungan melalui fasilitator terlatih untuk meningkatkan pengambilan keputusan dan menurunkan nyeri dan penderitaan pada perawatan akhir kehidupan. Hasil penelitian dipublikasikan secara luas dan diakui secara nasional di Amerika Serikat.

c. Standar nyeri JCAHO

JCAHO membuat standar baru mengenai penatalaksanaan nyeri telah diimplementasikan sejak 2001 meliputi pengkajian, pendidikan staf dan pasien, intervensi, dokumentasi dan proses perbaikan dalam penatalaksanaan nyeri. Standar tersebut berfungsi dalam memotivasi rumah sakit untuk berpartisipasi dalam penanganan nyeri.

4. **Penatalaksanaan Nyeri**

Tujuan manajemen nyeri adalah meningkatkan kualitas hidup penderita, memungkinkan pemulihan, mengurangi morbiditas, dan mempersingkat lama rawat (Chanques, G., & Gélinas, C. (2022). Penatalaksanaan Nyeri dilakukan melalui dua cara yaitu :

- a. Non farmakologik: Modifikasi Lingkungan, hypnosis, relaksasi, distraksi, aromaterapy, terapi musik, massage dll.
- b. Farmakologik: Analgetika golongan non opioid, Analgetika golongan opioid.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa terapi nonfarmakologik seperti : terapi musik, mendengarkan murotal al Qur'an ataupun lagu rohani dapat diberikan pada pasien tirah baring/tidak sadar. Namun saat ini, pemberian terapi opioid secara kontinyu kontinyu memberikan banyak keuntungan bagi pasien sakit kritis, khususnya mereka yang mempunyai masalah untuk menyatakan nyerinya karena perubahan tingkat kesadaran.

5. **Isu Terkait Manajemen Nyeri**

Beberapa isu terkait manajemen nyeri adalah

- a. Hambatan dalam Manajemen Nyeri
 - 1) Hambatan di ICU

Perawat kritis sering merasa khawatir beranggapan bahwa pengobatan nyeri dapat menimbulkan masalah hemodinamik dan pernapasan, sedasi berlebihan dan kecanduan obat. Ketakutan perawat akan kecanduan obat analgesik pada pasien menjadi hambatan penanganan nyeri yang menimbulkan kecemasan. Sehingga perawat kritis harus memiliki pemahaman yang jelas mengenai perbedaan, implikasi, toleransi, ketergantungan fisik dan kecanduan obat.

Toleransi obat merupakan perlunya peningkatan dosis obat untuk mencapai efek awal.

Ketergantungan fisik merupakan kondisi fisiologis akibat pemberian opioid dalam durasi waktu lama yang dimanifestasikan dengan gejala putus zat apabila obat dikurangi atau dihentikan tiba-tiba. Ketergantungan obat dapat disebabkan oleh banyak jenis obat seperti opioid, insulin dan beta-blocker. Sedangkan kecanduan merupakan pola penggunaan obat terus menerus seperti keinginan mengonsumsi opioid dan kebutuhan terhadap opioid yang tidak hanya untuk menurunkan nyeri. Tetapi kecanduan jarang ditemukan pada pasien kritis kecuali penyebab perawatan pasien akibat kelebihan dosis obat atau pemakaian obat-obatan (Howard dan Steinmann, 2010).

Hambatan dalam penanganan nyeri menurut Sole, Klein & Marthe (2013) disebabkan oleh kondisi Delirium dan penggunaan Neuromuscular blockade. Delirium merupakan gangguan perubahan status mental, perhatian, perubahan kesadaran, disorganisasi alam pikiran. Gangguan ini sering terjadi di ruang ICU sebanyak 70-80% yang menyebabkan lamanya pemasangan ventilasi mekanik dan lamanya hari rawat pasien. Neuromuscular blockade digunakan di ICU untuk memfasilitasi penggunaan intubasi endotrakhea, ventilasi mekanik, mengontrol tekanan intrakranial dan prosedur lain seperti bronkoskopi dan trakheostomi yang berfungsi dalam melemahkan otot. Pasien yang mendapat Neuromuscular blockade tidak dapat berkomunikasi, melakukan gerakan secara sadar termasuk bernapas. Sehingga tidak ada alat khusus yang dapat digunakan dalam mengkaji nyeri pasien.

2) Hambatan di Unit Emergensi

Menurut Howard dan Steinmann (2010) beberapa hambatan penanganan nyeri di unit

emergensi adalah adanya persepsi atau mitos bahwa pasien dapat mengalami adiksi terhadap pemberian opioid dan obat lainnya; ketakutan atau perasaan negatif terhadap dampak pemberian opioid; perawat memiliki pengetahuan yang kurang terkait manajemen nyeri; penanganan yang tidak adekuat pada pasien dengan resiko tinggi seperti lansia, gangguan kognitif, pasien tidak mampu berkomunikasi, dan anak; kepercayaan bahwa takikardi dan gerakan wajah terhadap nyeri lebih efektif dibandingkan laporan pasien.

b. Ketidakefektifan Manajemen Nyeri

Faktor yang menyebabkan buruknya manajemen nyeri oleh perawat adalah ketidakmampuan pasien yang mengalami gangguan kognitif dalam melaporkan nyeri dan pasien percaya bahwa nyerinya tidak teratasi; rendahnya pengetahuan perawat tentang nyeri dan pelatihan terkait; rendahnya tools terstandar dalam mengkaji dan mengatasi nyeri; perhatian perawat terhadap efek samping obat khususnya opioid pada pasien lansia dan kemungkinan interaksi merugikan dengan obat lainnya dan keengganan pasien dan keluarga dalam complain mengenai nyeri kepada perawat (Institute of Medicine, 2011). Menurut American Pain Society dalam Morton, dkk, (2011) pengkajian nyeri di ICU dilaporkan kurang efektif dan ketidakefektifan tersebut dapat disebabkan oleh kegagalan perawat dalam melakukan pengkajian nyeri secara rutin dan pengurangan nyeri.

Penelitian yang dilakukan oleh Mathew PJ, Mathew JL, Singhi S., (2011) menyatakan bahwa dari 56 perawat hanya 1/3 yang mendapatkan pelatihan tentang nyeri pada anak di ICU, 50% menyatakan bahwa infan mengalami nyeri lebih rendah daripada

dewasa. Tindakan restrain dan distraksi yang sering digunakan dalam menangani nyeri. Pengkajian nyeri dilakukan dengan observasi wajah dan tingkah laku anak dan tidak ada satupun yang menggunakan sistem skoring dalam mengkaji nyeri

c. Nyeri pada fase *end of life*

Penggunaan opioid dan agen nyeri yang lain sangat penting dalam kondisi terminal. Perawat harus waspada terhadap resiko eksaserbasi penderitaan pasien ketika pengkajian dan manajemen nyeri yang hanya berhubungan dengan pendekatan medis saja tanpa memikirkan distress psikososial dan spirritual (Institute of Medicine, 2011).

d. Biaya asuransi

Kebijakan tentang pembiayaan kesehatan oleh pihak ketika bisa mempengaruhi kualitas dan kelengkapan perawatan yang diterima pasien dalam manajemen nyeri. Pihak asuransi tidak mengcover seluruh biaya perawatan psikososial dan rehabilitasi yang menjadi komponen penting perawatan. Sebagai contoh banyak tindakan CAM yang tidak ditanggungbiaya oleh asuransi dalam manajemen nyeri (Institute of Medicine, 2011).

e. Pelaporan Nyeri

Rendahnya pelaporan nyeri disebabkan oleh kepercayaan bahwa nyeri berhubungan dengan takdir tuhan dan harus bisa ditahan sebagai bentuk ekspresi keimanan; pasrah terhadap nyeri merupakan satu hal yang tidak bisa dicegah; fokus perhatian bahwa mengeluh tentang nyeri akan dihormati sebagai tanda dari kelemahan moral atau fisik; ketakutan bahwa nyeri dihormati sebagai kondisi psikologis yang tidak nyata; keyakinan bahwa nyeri tidak berkaitan dengan gangguan kondisi kesehatan yang lain dan kualitas hidup (Institute of Medicine, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Ayasrah, S.M., O'Neill, T.M, Abdalrahim, M.S., Sutary, M.M., Kharabsheh, M.S. 2014. *Pain Assessment and Management in Critically ill Intubated Patients in Jordan: A Prospective Study*. International Journal of Health Sciences, Qassim University, Vol. 8, No. 3. doi: 10.12816/0023981. PMID: 25505864; PMCID: PMC4257364.
- Chanques, G., & Gélinas, C. (2022). *Monitoring pain in the intensive care unit (ICU)*. Intensive Care Medicine, 48(10), 1508-1511.
- Georgiou, E., Paikousis, L., Lambrinou, E., Merkouris, A., & Papathanassoglou, E. D. (2020). *The effectiveness of systematic pain assessment on critically ill patient outcomes: a randomised controlled trial*. Australian Critical Care, 33(5), 412-419. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.09.004>
- IOM (Institute of Medicine). 2011. *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kerbage, S. H., Garvey, L., Lambert, G. W., & Willetts, G. (2021). *Pain assessment of the adult sedated and ventilated patients in the intensive care setting: A scoping review*. International Journal of Nursing Studies, 122, 104044. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104044>
- Morton, P.G, Dorrie, F., Carolyn, M.M dan Barbara, M.G.,2011. *Keperawatan Kritis : Pendekatan Asuhan Holistik Alih Bahasa*. Jakarta: EGC.
- Ningtyas, W.R. Ni., Amanupunnyo, A. Notesya., dkk. (2023). *Bunga Rampai Manajemen Nyeri*. Jawa Tengah : PT. Media Pustaka Indo
- Nurhanifah, Dewi., Sari, T. Rohni. (2022). *Manajemen Nyeri Farmakologi*. Jakarta : UrbanGreen Central Media
- Sole, M.L., Klein, DG., Moseley, M.J.2013. *Intriduction to Critical care Nursing*. 6 ed. Saunders Elsevier. St. Louis.
- Tamsuri, A.2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.
- Urden, L.D, Kathleen, M.S dan Mary E.L. 2014. *Critical Care Nursing Diagnosis & Management*. Canada: Elsevier.

BIODATA PENULIS



A. Miftahul Khair Imran, S.Kep.,Ns.,M.Kep lahir 22 Desember 1985 di Ujung Pandang, Sulawesi Selatan. Menempuh pendidikan formal di SMAN 1 Maros lulus tahun 2004. Melanjutkan kuliah S1 Keperawatan di Jurusan Keperawatan UIN Alauddin Makassar dan lulus tahun 2009. Terangkat menjadi ASN pada tahun 2010 di Poltekkes Kemenkes Maluku dan menjadi salah satu staf dosen tetap DIII Keperawatan Prodi Keperawatan Masohi. Meneruskan profesi Ners di STIKES Nani Hasanuddin Makassar tahun 2009 - 2013 dan memperoleh gelar Ners (Ns). Pada tahun 2017 kembali melanjutkan kuliah S2 Keperawatan di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung dan mengambil peminatan keperawatan kritis (critical care) dan selesai pada tahun 2019 dengan gelar Magister Keperawatan (M.Kep). Terhitung sejak 2010 sampai saat ini aktif sebagai Dosen yang aktif melaksanakan tugas TRI DHARMA Perguruan Tinggi di Prodi Keperawatan Masohi.

BAB 14

Manajemen Nyeri Dengan Teknik Distraksi

Suratno Kaluku M.Kep

A. Pendahuluan

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan atau yang berpotensi menjadi kerusakan. Penanganan nyeri adalah bagian penting dari perawatan pasien, terutama dalam konteks medis, bedah, dan rehabilitasi. Salah satu metode non-farmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri adalah metode distraksi.

B. Konsep Metode Distraksi

1. Definisi

Distraksi adalah teknik pengalihan perhatian dari stimulus nyeri ke stimulus lain yang lebih menyenangkan atau menarik. Teknik ini memanfaatkan kemampuan otak untuk fokus pada satu hal pada satu waktu, sehingga mengurangi persepsi nyeri.

2. Metode Distraksi berdasarkan Teori

a. Teori Gerbang Kontrol Nyeri (*Gate Control Theory*)

Teori Gerbang Kontrol Nyeri, yang dikembangkan oleh Ronald Melzack dan Patrick Wall pada tahun 1965, menyatakan bahwa persepsi nyeri dapat dimodulasi oleh gerbang saraf di sumsum tulang belakang. Sinyal nyeri dapat dihalangi oleh sinyal non-nyeri, seperti sentuhan atau rangsangan sensorik lainnya.

Dalam konteks teori ini, distraksi adalah penggunaan rangsangan non-nyeri untuk menutup "gerbang" saraf di sumsum tulang belakang, sehingga

mengurangi aliran sinyal nyeri ke otak dan mengurangi persepsi nyeri (Melzack & Wall, 1965).

b. Teori Atensi dan Perhatian

Teori atensi dan perhatian menekankan bahwa manusia memiliki kapasitas terbatas untuk memproses informasi. Saat perhatian dialihkan ke aktivitas yang menarik, kemampuan untuk memproses sinyal nyeri berkurang.

Distraksi dalam teori ini adalah pengalihan perhatian dari stimulus nyeri ke aktivitas lain yang menarik, sehingga mengurangi fokus dan persepsi nyeri (Eccleston & Crombez, 1999).

c. Teori Psikologis dan Emosional

Teori ini menyatakan bahwa kondisi emosional dan psikologis seseorang dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Emosi positif dan pengalihan perhatian ke aktivitas yang menyenangkan dapat mengurangi nyeri.

Distraksi di sini adalah penggunaan aktivitas yang menyenangkan atau menenangkan untuk meningkatkan emosi positif dan mengurangi fokus pada nyeri (Turk & Okifuji, 2002).

d. Teori Neuromatriks (*Neuromatrix Theory*)

Teori Neuromatriks, yang juga dikembangkan oleh Ronald Melzack, menyatakan bahwa nyeri adalah hasil dari jaringan saraf di otak yang disebut neuromatrix. Neuromatrix ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk sensorik, kognitif, dan emosional.

Dalam teori ini, distraksi adalah penggunaan rangsangan sensorik, kognitif, atau emosional untuk mengubah aktivitas neuromatrix, sehingga mengurangi persepsi nyeri (Melzack, 1999).

e. Teori Kognitif-Behavioral (*Cognitive-Behavioral Theory*)

Teori ini berfokus pada bagaimana pikiran, perasaan, dan perilaku dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Mengubah keyakinan dan harapan tentang nyeri dapat mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan.

Distraksi dalam konteks ini adalah penggunaan teknik kognitif dan perilaku untuk mengubah fokus pikiran dari nyeri ke aktivitas lain yang lebih positif (Turk & Gatchel, 2002).

3. Jenis-Jenis Metode Distraksi

a. Distraksi Visual

- 1) Definisi: Distraksi visual adalah teknik pengalihan perhatian dari stimulus nyeri ke stimulus visual yang menarik atau menyenangkan. Tujuannya adalah untuk mengurangi persepsi nyeri dengan memberikan fokus alternatif kepada pasien melalui rangsangan visual.
- 2) Prinsip Kerja: Distraksi visual bekerja berdasarkan prinsip bahwa otak manusia memiliki kapasitas terbatas untuk memproses informasi sensorik pada satu waktu. Ketika perhatian pasien dialihkan ke rangsangan visual yang menarik, otak mengurangi fokus pada stimulus nyeri. Hal ini membantu mengurangi persepsi nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.
- 3) Contoh Distraksi Visual
 - a) Menonton Televisi atau Film: Memberikan tontonan yang menarik, seperti film favorit atau acara televisi yang disukai pasien, dapat membantu mengalihkan perhatian dari nyeri.
 - b) Melihat Gambar atau Foto: Menyediakan gambar atau foto yang indah dan menarik, seperti pemandangan alam, hewan peliharaan, atau momen-momen bahagia, dapat menjadi sumber distraksi yang efektif.
 - c) Observasi Pemandangan Alam: Mengajak pasien untuk melihat pemandangan alam, baik melalui jendela rumah sakit atau melalui gambar dan video, dapat memberikan efek menenangkan dan mengurangi nyeri.

- d) Virtual Reality (VR): Menggunakan teknologi VR untuk memberikan pengalaman visual yang imersif, seperti berjalan-jalan di taman atau menyelam di laut, dapat menjadi metode distraksi visual yang sangat efektif.
- 4) Keuntungan Distraksi Visual
 - a) Non-Invasif: Tidak memerlukan intervensi medis atau obat-obatan, sehingga minim efek samping.
 - b) Mudah Diimplementasikan: Dapat dilakukan dengan peralatan sederhana seperti televisi, tablet, atau gambar.
 - c) Fleksibel: Dapat disesuaikan dengan preferensi dan kondisi pasien, baik dewasa maupun anak-anak.
 - d) Efektif untuk Berbagai Kondisi Nyeri: Dapat digunakan dalam berbagai situasi, seperti pasca operasi, prosedur medis yang menyakitkan, atau nyeri kronis.
- b. Distraksi Taktile
 - 1) Definisi

Distraksi taktile adalah teknik pengalihan perhatian dari stimulus nyeri ke stimulus sentuhan atau aktivitas yang melibatkan indera peraba. Tujuannya adalah untuk mengurangi persepsi nyeri dengan memberikan fokus alternatif kepada pasien melalui rangsangan taktile.
 - 2) Prinsip Kerja

Distraksi taktile bekerja berdasarkan prinsip bahwa otak manusia memiliki kapasitas terbatas untuk memproses informasi sensorik pada satu waktu. Ketika perhatian pasien dialihkan ke rangsangan taktile yang menarik, otak mengurangi fokus pada stimulus nyeri. Hal ini membantu mengurangi persepsi nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

3) Contoh Distraksi Taktile

- a) Menggunakan Bola Stres atau Bola Pijat: Meremas atau memijat bola stres dapat memberikan stimulasi taktile yang membantu mengalihkan perhatian dari nyeri.
- b) Bermain dengan Pasir atau Tanah Liat: Aktivitas ini melibatkan perasaan taktil yang intens, yang dapat membantu mengurangi fokus pada nyeri.
- c) Sentuhan Terapeutik: Mengusap atau memijat ringan bagian tubuh tertentu bisa memberikan rasa nyaman dan mengalihkan perhatian dari nyeri.
- d) Menggunakan Tekstil Berbeda: Merasakan tekstur dari berbagai bahan, seperti kain yang lembut atau kasar, dapat membantu mengalihkan perhatian dari nyeri.
- e) Haptic Feedback Devices: Menggunakan perangkat teknologi yang memberikan umpan balik haptik, seperti game controller dengan getaran, dapat menjadi metode distraksi taktile yang efektif.

4) Keuntungan Distraksi Taktile

- a) Non-Invasif: Tidak memerlukan intervensi medis atau obat-obatan, sehingga minim efek samping.
- b) Mudah Diimplementasikan: Dapat dilakukan dengan peralatan sederhana seperti bola stres atau mainan berbahan tekstur.
- c) Fleksibel: Dapat disesuaikan dengan preferensi dan kondisi pasien, baik dewasa maupun anak-anak.
- d) Efektif untuk Berbagai Kondisi Nyeri: Dapat digunakan dalam berbagai situasi, seperti pasca operasi, prosedur medis yang menyakitkan, atau nyeri kronis.

c. Distraksi Kognitif

1) Definisi

Distraksi kognitif adalah teknik pengalihan perhatian dari stimulus nyeri ke aktivitas mental atau kognitif yang menarik dan menantang. Tujuannya adalah untuk mengurangi persepsi nyeri dengan memberikan fokus alternatif kepada pasien melalui rangsangan kognitif.

2) Prinsip Kerja

Distraksi kognitif bekerja berdasarkan prinsip bahwa otak manusia memiliki kapasitas terbatas untuk memproses informasi pada satu waktu. Ketika perhatian pasien dialihkan ke aktivitas kognitif yang menantang atau menarik, otak mengurangi fokus pada stimulus nyeri. Hal ini membantu mengurangi persepsi nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

3) Contoh Distraksi Kognitif

- a) Membaca Buku atau Artikel: Membaca materi yang menarik dapat memfokuskan pikiran pada isi bacaan, mengalihkan perhatian dari nyeri.
- b) Bermain Teka-Teki atau Puzzle: Aktivitas seperti teka-teki silang, sudoku, atau permainan logika dapat menstimulasi pikiran dan mengalihkan perhatian dari nyeri.
- c) Latihan Meditasi dan Visualisasi: Teknik meditasi yang melibatkan fokus pada gambaran mental yang menenangkan atau aktivitas visualisasi dapat membantu mengalihkan perhatian dari nyeri.
- d) Melakukan Hitungan atau Perhitungan Mental: Aktivitas sederhana seperti menghitung mundur dari angka tertentu atau melakukan perhitungan matematika mental dapat mengalihkan fokus kognitif dari nyeri.

- e) Belajar Bahasa Baru atau Keterampilan Baru: Melibatkan diri dalam pembelajaran aktif dapat menstimulasi otak dan mengurangi persepsi nyeri.
- 4) Keuntungan Distraksi Kognitif
 - a) Non-Invasif: Tidak memerlukan intervensi medis atau obat-obatan, sehingga minim efek samping.
 - b) Mudah Diimplementasikan: Dapat dilakukan dengan aktivitas sehari-hari yang sederhana dan tidak memerlukan peralatan khusus.
 - c) Fleksibel: Dapat disesuaikan dengan preferensi dan kondisi pasien, baik dewasa maupun anak-anak.
 - d) Efektif untuk Berbagai Kondisi Nyeri: Dapat digunakan dalam berbagai situasi, seperti pasca operasi, prosedur medis yang menyakitkan, atau nyeri kronis.
- d. Distraksi Motorik
 - 1) Definisi

Distraksi motorik adalah teknik pengalihan perhatian dari stimulus nyeri ke aktivitas fisik atau gerakan tubuh yang menarik dan menantang. Tujuannya adalah untuk mengurangi persepsi nyeri dengan memberikan fokus alternatif kepada pasien melalui aktivitas motorik.
 - 2) Prinsip Kerja

Distraksi motorik bekerja berdasarkan prinsip bahwa otak manusia memiliki kapasitas terbatas untuk memproses informasi sensorik pada satu waktu. Ketika perhatian pasien dialihkan ke aktivitas motorik yang menarik, otak mengurangi fokus pada stimulus nyeri. Hal ini membantu mengurangi persepsi nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

- 3) Contoh Distraksi Motorik
 - a) Latihan Ringan atau Peregangan: Melakukan gerakan ringan seperti peregangan, berjalan, atau latihan sederhana dapat membantu mengalihkan perhatian dari nyeri.
 - b) Aktivitas Fisik yang Menyenangkan: Kegiatan seperti menari, bermain bola, atau bersepeda dapat memberikan stimulasi fisik yang mengalihkan fokus dari nyeri.
 - c) Kerajinan Tangan atau Hobi: Aktivitas seperti merajut, membuat kerajinan tangan, atau bermain alat musik dapat melibatkan gerakan motorik halus dan mengalihkan perhatian dari nyeri.
 - d) Permainan Aktif: Permainan yang melibatkan gerakan fisik, seperti video game berbasis gerakan atau permainan papan yang membutuhkan aktivitas fisik, dapat menjadi metode distraksi motorik yang efektif.
 - e) Fisioterapi atau Terapi Okupasi: Latihan yang direkomendasikan oleh terapis untuk membantu pemulihan juga dapat berfungsi sebagai distraksi motorik.
- 4) Keuntungan Distraksi Motorik
 - a) Non-Invasif: Tidak memerlukan intervensi medis atau obat-obatan, sehingga minim efek samping.
 - b) Mudah Diimplementasikan: Dapat dilakukan dengan aktivitas sehari-hari yang sederhana dan tidak memerlukan peralatan khusus.
 - c) Fleksibel: Dapat disesuaikan dengan preferensi dan kondisi pasien, baik dewasa maupun anak-anak.
 - d) Efektif untuk Berbagai Kondisi Nyeri: Dapat digunakan dalam berbagai situasi, seperti pasca

operasi, prosedur medis yang menyakitkan, atau nyeri kronis.

4. Mekanisme Kerja
 - a. Aktivasi Jalur Non-Nyeri: Rangsangan visual yang menarik dapat mengaktifkan jalur sensorik non-nyeri di otak, yang membantu menutup "gerbang" nyeri dalam sumsum tulang belakang sesuai dengan Teori Gerbang Kontrol Nyeri (Melzack & Wall, 1965).
 - b. Pengurangan Fokus pada Nyeri: Dengan mengalihkan perhatian ke stimulus visual, otak mengurangi jumlah sumber daya yang dihabiskan untuk memproses sinyal nyeri, sehingga persepsi nyeri berkurang (Eccleston & Crombez, 1999).
 - c. Pelepasan Endorfin: Aktivitas visual yang menyenangkan dapat merangsang pelepasan endorfin, zat kimia alami dalam otak yang berfungsi sebagai analgesik internal dan meningkatkan mood (Turk & Okifuji, 2002).

DAFTAR PUSTAKA

- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical Manual*. Mosby Incorporated.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1996). *The Challenge of Pain*. Penguin.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125(3), 356-366.
- Kuttner, L. (2010). *A Child in Pain: What Health Professionals Can Do to Help*. Crown House Publishing.
- Law, E. F., Dahlquist, L. M., Sil, S., Weiss, K. E., Herbert, L. J., Horn, S. B., & Wohlheiter, K. (2011). Videogame distraction using virtual reality technology for children experiencing cold pressor pain: The role of cognitive processing. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(1), 84-94.
- Broome, M. E., & Lillis, P. P. (1989). The use of distraction and imagery with children during painful procedures. *Oncology Nursing Forum*, 16(3), 435-437.

BIODATA PENULIS



Suratno Kaluku, S.Kep., Ners., M.Kep lahir di Ambon, pada 14 Mei 1981. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Maluku.

BAB 15

Konsep Manajemen Nyeri Dengan Teknik Relaksasi

Ns. Nadia Sari, M.Tr. Kep.

A. Pendahuluan

Rasa nyeri dapat mengganggu kehidupan seseorang dalam beraktivitas di kehidupan sehari-hari. Nyeri adalah pengalaman fisik yang umumnya dikenali dan mencerminkan ketakutan seseorang terhadap ancaman terhadap integritas fisik atau eksistensial mereka (Nurjannah, 2021).

Meskipun sebagian besar nyeri bersifat akut dan biasanya sembuh dalam beberapa hari atau minggu, banyak orang mengalami kekambuhan nyeri yang dapat menjadi kronis dan menghambat aktivitas. Penatalaksanaan dengan obat-obatan dapat menyebabkan efek samping yang tidak diinginkan. Akibatnya, banyak individu mencari pendekatan kesehatan melalui terapi komplementer sebagai bagian dari strategi manajemen nyeri mereka (Nahin, et al, 2016).

Terapi komplementer adalah terapi yang digunakan bersamaan atau sebagai tambahan terhadap terapi secara farmakologis. Praktik terapi komplementer dalam keperawatan memiliki akar sejarah yang dapat ditelusuri kembali ke Florence Nightingale, yang mencatat penggunaan perawatan holistik seperti penerapan panas, pijat, terapi musik, dan sentuhan terapeutik.

Pendidikan keperawatan telah lama mengintegrasikan terapi komplementer ini ke dalam rencana perawatan. Menurut National Center for Complementary and Integrative Health, sepuluh pendekatan kesehatan komplementer yang paling umum digunakan oleh orang dewasa meliputi produk alami

(seperti suplemen diet), latihan pernapasan dalam, yoga dan latihan fisik lainnya, perawatan chiropractic, meditasi, diet khusus, homeopati, teknik relaksasi, dan guide imaginary (Hamlin, 2017).

B. Manajemen nyeri dengan teknik relaksasi

1. Pengertian dan Tujuan Teknik Relaksasi

Relaksasi adalah contoh pengobatan non-farmakologi yang semakin diakui sebagai intervensi untuk mengurangi rasa sakit dan nyeri. Keadaan relaksasi sering melibatkan perasaan psikologis dan tubuh yang tenang dan sejahtera. Tujuan dari teknik relaksasi adalah untuk menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik (Vambheim, et al.,2021).

2. Jenis-jenis Teknik Relaksasi

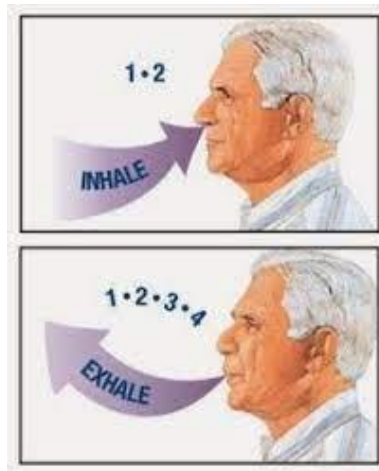
a. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi dengan napas dalam melibatkan teknik pernapasan abdomen dengan ritme yang lambat, teratur, dan nyaman, dilakukan dengan mata terpejam. Teknik ini merupakan metode yang efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Dengan mencapai relaksasi sempurna, teknik ini membantu mengurangi ketegangan otot, rasa lelah, dan kecemasan, sehingga dapat mencegah peningkatan stimulus nyeri (Ayu, 2021).

Tujuan teknik relaksasi dengan pernapasan dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, menjaga pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional, yang pada akhirnya bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri dan mengurangi kecemasan (Ariga, 2019).

Teknik relaksasi nafas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Hormon endorfin merupakan substansi sejenis morfin yang berfungsi sebagai penghambat transmisi impuls nyeri ke otak. Sehingga pada saat neuron nyeri mengirimkan sinyal

ke otak, terjadi sinapsis antara neuron perifer dan neuron yang menuju otak tempat seharusnya substansi p akan menghasilkan impuls. Pada saat tersebut endorphen akan memblokir lepasnya substansi p dari neuron sensorik, sehingga sensasi nyeri menjadi berkurang (Aini, 2018).



Gambar 1. Relaksasi Nafas Dalam

b. Teknik Relaksasi Benson

Relaksasi Benson dikembangkan dari metode respons relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan (faith factor). Pasien melakukan relaksasi dengan mengulang kata atau kalimat yang sesuai dengan keyakinan pasien sehingga menghambat impuls noxious pada sistem kontrol descending (gate control theory) dan meningkatkan kontrol terhadap nyeri (Wainsani, 2020). Mekanisme proses mengurangi nyeri dengan menggunakan teknik Benson adalah dengan cara bekerja menyelaraskan hipotalamus dan menurunkan simpatis dan parasimpatis rangsangan (Keihani, 2019).

Teknik saat melakukan relaksasi Benson adalah pasien harus berada dalam posisi rileks dengan mata

tertutup, mengendurkan otot dari telapak kaki ke atas, bernapas melalui hidung, memperhatikan suara napas, dan mengucapkan "satu" saat menghembuskan napas. Mereka perlu mempraktikkan teknik ini selama 20 menit dan tetap dalam posisi yang sama selama beberapa menit setelah selesai, s. Tindakan Relaksasi Benson dapat dilakukan pasien secara mandiri. Oleh sebab itu relaksasi benson dapat dilakukan perawat sebagai intervensi mandiri untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien (Molazem, 2021).

Pendukung dalam Terapi Benson meliputi :

1) Perangkat Mental

Untuk memindahkan pikiran yang berada di luar diri, harus ada rangsangan yang konstan. Rangsangan tersebut dapat berupa kata atau frase yang singkat yang diulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat adalah fokus dalam melakukan relaksasi benson. Fokus pada kata atau frase tertentu akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk mempengaruhi penurunan aktifitas saraf simpatik.

2) Suasana tenang

Suasana yang tenang membantu efektifitas pengulangan kata atau frase dengan demikian akan mudah menghilangkan pikiran yang mengganggu.

3) Sikap pasif

Sikap ini sangat penting karena berguna untuk mengabaikan pikiran-pikiran yang mengganggu sehingga dapat berfokus pada pengulangan kata atau frase.



Gambar 2: Teknik Relaksasi Benson

c. Teknik Relaksasi Genggam Jari

Teknik genggam jari adalah sebuah aktivitas yang dapat membantu merileksasikan tubuh dan pikiran. Teknik ini berfungsi dengan cara mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri, mengurangi efek stres yang dapat memperburuk nyeri, meningkatkan toleransi terhadap nyeri, serta meningkatkan efektivitas dari intervensi nyeri lainnya. Selain itu, teknik genggam jari juga dapat meningkatkan persepsi kontrol pasien terhadap nyeri yang dirasakannya.

Dengan menggenggam jari, pasien dapat meredakan atau mengurangi intensitas nyeri yang dialaminya. Teknik ini bisa menjadi salah satu metode yang efektif dalam manajemen nyeri, terutama ketika dikombinasikan dengan intervensi lainnya (Melti, 2019).

Mekanisme genggam jari untuk menurunkan nyeri adalah di dalam jari manusia terdapat titik-titik meridian yang memberikan rangsangan saat digenggam. Aktivitas relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor ini menyebabkan "gerbang" tertutup, sehingga stimulus pada korteks serebri dihambat atau

dikurangi akibat counter stimulasi dari relaksasi dan genggaman jari. Akibatnya, intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi karena stimulus relaksasi genggam jari lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak.

Gelombang listrik yang dihasilkan dari genggaman diproses dan diteruskan melalui saraf menuju organ yang mengalami gangguan. Efek yang ditimbulkan menyebabkan relaksasi, yang kemudian memicu pelepasan hormon endorfin untuk mengurangi nyeri (Sofiyah, 2020).



Gambar 3: Relaksasi Genggam Jari

d. Teknik Relaksasi Otot Progresif

Terapi relaksasi otot progresif adalah teknik yang digunakan untuk mengurangi ketegangan otot dan stres. Teknik ini melibatkan peregangan otot diikuti dengan relaksasi otot. Prosesnya dilakukan dengan cara klien menegangkan dan melemaskan sekelompok otot secara berurutan, sambil memfokuskan perhatian pada perbedaan sensasi yang dialami antara otot yang relaks dan otot yang tegang (Rihiantoro,2019).

Teknik relaksasi otot progresif merupakan terapi yang bertujuan untuk mempertahankan kondisi relaksasi yang mendalam melalui kontraksi dan relaksasi berbagai kelompok otot. Terapi ini bisa dimulai dari kaki ke arah atas atau dari kepala ke arah bawah. Metode ini membantu individu untuk lebih menyadari di mana otot mereka berada dan meningkatkan kesadaran terhadap respon otot tubuh (Murniati, 2020).

Terapi latihan otot progresif merupakan salah satu terapi komplementer yang mampu mengurangi nyeri. Dalam terapi ini, klien diinstruksikan untuk berkonsentrasi, mengatur pernapasan, dan menjaga kondisi relaksasi. Pengaturan pernapasan membantu tubuh klien untuk mengasup oksigen sebanyak mungkin dan mengeluarkan CO₂, sehingga tubuh klien mengalami perfusi yang adekuat. Perfusi yang baik memastikan suplai darah yang cukup ke dalam sel, memberikan kalori dan oksigen yang diperlukan, dan pada akhirnya menyediakan sumber tenaga yang cukup. Dalam kondisi ini, klien dapat mengurangi nyeri secara mandiri dan memperbaiki sel yang rusak (Ramayanti, 2021).

Mekanisme teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi nyeri adalah dengan cara mengurangi permintaan oksigen jaringan, menurunkan kadar bahan kimia seperti asam laktat dan melepaskan endorfin. Endorfin yang dilepaskan akan bekerja sebagai neurotransmitter berikatan dengan reseptor opioid sehingga akan menghambat transmisi stimulus nyeri. Dengan demikian, terapi komplementer relaksasi otot progresif dapat menurunkan persepsi nyeri (Wijaya, 2020).

e. Teknik Relaksasi Autogenik

Relaksasi autogenik bersumber dari diri sendiri berupa kata-kata atau kalimat pendek maupun pikiran yang dapat menimbulkan ketenangan pikiran. Relaksasi autogenik dilakukan dengan membayangkan diri berada dalam keadaan damai dan tenang, serta memfokuskan pada pengaturan napas dan detak jantung. Teknik ini merangsang peningkatan kerja saraf parasimpatis dan menghambat kerja saraf simpatis, dengan tujuan membawa pikiran ke dalam kondisi mental yang optimal (Sonhaji, 2021).

Relaksasi autogenik membantu individu mengendalikan beberapa fungsi tubuh seperti tekanan darah, denyut jantung, dan aliran darah. Selama latihan, seseorang dipandu untuk rileks dalam situasi yang tenang dan sunyi, merasakan sensasi ringan dan hangat yang menyebar ke seluruh tubuh. Arteri perifer mengalami vasodilatasi, yang menimbulkan rasa hangat. Efek hangat ini menyebabkan darah mengalir lebih teratur dan menurunkan tekanan darah. Respon emosional dan efek menenangkan yang dihasilkan oleh relaksasi ini mengubah aktivitas saraf simpatis menjadi dominan sistem saraf parasimpatis. Sistem saraf parasimpatis merespons modulasi nyeri dengan produksi hormon beta-endorfin, sehingga nyeri dapat berkurang (Novitasari, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, L., & Reskita, R. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasein Fraktur. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 262-266.
- Ariga, R. A. (2019). Decrease anxiety among students who will do the objective structured clinical examination with deep breathing relaxation technique. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7(16), 2619.
- Ayu Widiasih, A. Y. U. (2021). *Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Nyeri* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Hamlin, A. S., & Robertson, T. M. (2017). Pain and complementary therapies. *Critical Care Nursing Clinics*, 29(4), 449-460.
- Keihani, Z., Jalali, R., Shamsi, M. B., & Salari, N. (2019). Effect of Benson relaxation on the intensity of spinal anesthesia-induced pain after elective general and urologic surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(6), 1232-1240.
- Melti Suriya, Z. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda NIC & NOC*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Molazem, Z., Alizadeh, M., & Rambod, M. (2021). The Effect of Benson's Relaxation Technique on Pain Intensity, Belief, Perception, and Acceptance in adult Hemophilia Patients: A Randomized Controlled Trial. *International journal of community based nursing and midwifery*, 9(3), 187.
- Murniati, M., Sundari, R. I., & Dewi, F. K. (2020). Pelatihan Relaksasi Otot Progresif Pada Kader Posyandu Lansia di Posyandu Lansia RW 05 Desa Kalibagor. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(1), 74-81.
- Nahin, Richard L., et al. (2016). Evidence-based evaluation of complementary health approaches for pain management in the United States. *Mayo Clinic Proceedings*. Vol. 91. No. 9. Elsevier.
- Novitasari, D., & Wirakhmi, I. N. (2018). Penurunan Nyeri Kepala Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Relaksasi

- Autogenik Di Kelurahan Mersi Purwokerto. *Media Ilmu Kesehatan*, 7(2), 104-113.
- Nurjannah, I., & Hariyadi, K. (2021). Su Jok as a complementary therapy for reducing level of pain: A retrospective study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101337.
- Ramayanti, E. D., Irham, E. I., & Polisiri, I. U. (2021). Terapi relaksasi otot progresif berpengaruh terhadap tingkat nyeri sendi pada lansia. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 171-178.
- Rihiantoro, T., Handayani, R. S., Wahyuningrat, N. L. M., & Suratminah, S. (2019). Pengaruh teknik relaksasi otot progresif terhadap kecemasan pada pasien pre operasi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 14(2), 129.
- Sofiyah, L., Atun Raudotul Ma'rifah, & Indri Heri Susanti. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Prof. Dr. Margono Soekardjo Purwokerto. *Jurnal Bidan Komunitas*, 3(2).
- Sonhaji, S., Sawitry, S., & Siahaya, S. (2021). Penurunan Nyeri Sendi Pada Lansia Dengan Terapi Relaksasi Autogenik Dan Terapi Guided Imagery. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 16(1), 93-100.
- Vambheim, Sara Magelssen, et al. (2021). Relaxation techniques as an intervention for chronic pain: A systematic review of randomized controlled trials. *Heliyon* 7.8.
- Wainsani, S., Khoiriyah, K., & Setyawati, D. (2020). Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Appendiks Post Appendiktomi Menggunakan Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda*, 1(1), 68-77.
- Wijaya, E., & Nurhidayati, T. (2020). Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Dalam Menurunkan Skala Nyeri Sendi Lansia. *Ners Muda*, 1(2), 88.

BIODATA PENULIS



Ns. Nadia Sari, M.Tr. Kep. lahir di Aceh, pada 04 November 1995. Menyelesaikan pendidikan D-IV Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Aceh, Profesi Ners di Universitas Bumi Persada dan S2 Poltekkes Kemenkes Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan STIKkes Jabal Ghafur.

BAB 16

Manajemen Nyeri dengan Teknik Guided Imagery

Winda Rofiyati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Pendahuluan

Perkembangan ilmu pengetahuan telah memberikan berbagai alternatif terapi manajemen nyeri yang beragam. Perpaduan antara *mind and body* memberikan pendekatan manajemen nyeri yang lebih holistic (Aji, 2023). Salah satu yang telah diterapkan sejak beberapa decade lalu adalah teknik *giuided imagery* atau teknik visualisasi. Teknik ini memberikan alternatif manajemen nyeri non-farmakologi yang dapat dipilih terutama pada penanganan nyeri kronik (Dewi & Mardihusodo, 2023).

B. Konsep Guided Imagery

1. Pengertian *Guided Imagery*

Guided Imagery adalah sebuah teknik yang telah banyak digunakan pada masa lalu pada zaman Yunani kuno, Chinese medicine dan tradisi Indian Amerika. *Guided Imagery* adalah teknik *mind-body* yang menggabungkan gambaran mental meningkatkan rasa sejahtera secara keseluruhan dan meningkatkan relaksasi.

Guided Imagery didasarkan pada gagasan bahwa pikiran dan tubuh saling terkait dan saling berinteraksi. Oleh karena itu, otak dirangsang untuk membayangkan suatu peristiwa dengan cara yang positif dan afirmatif. Intinya, individu dibimbing untuk mengembangkan gambaran yang menguntungkan secara mental dengan fokus pada imajinasi untuk merasakan, melihat,

mendengar, dan mencium peristiwa tersebut seolah-olah nyata (Krau, 2020).

Guided Imagery melibatkan semua indera, karena setiap individu belajar secara berbeda dan memahami secara berbeda; diperkirakan bahwa sekitar 55% dari populasi yang berorientasi visual, sehingga penggabungan ini semakin memperkaya pengalaman dan hasil keseluruhan yang dicari individu.

Pikiran dan imajinasi individu terfokus dan terlibat pada hal tertentu tujuan atau hasil dengan menggunakan fasilitator. Fasilitator dapat berupa orang lain dilatih dalam citra terpandu, atau rekaman atau rekaman audio.

Guided Imagery bisa saja digunakan bersamaan dengan intervensi tradisional untuk secara khusus mengurangi rasa sakit dan relaksasi. Melalui proses ini, individu dipindahkan secara mental ke tempat di mana mereka merasa aman dan bisa bersantai.

Tekniknya mudah diterapkan, tidak mahal, dan tidak menimbulkan efek buruk. Pada dasarnya, itu adalah pemikiran bahwa imajinasi individu dimanfaatkan untuk mengatasi fisiologis dan psikologis dengan kemampuan mengirim pesan dan informasi ke pusat sistem saraf untuk mempengaruhi proses fisiologis tubuh.

Guided Imagery didasarkan prinsip psikofisiologi di mana setiap pikiran menghasilkan reaksi fisiologis, dan gambaran mental memunculkan emosi terkait yang menghubungkan perasaan keadaan dengan pikiran dan tubuh, yang menghasilkan perubahan fisiologis.

2. Guided Imagery dan Hubungannya dengan Nyeri dan Penyembuhan

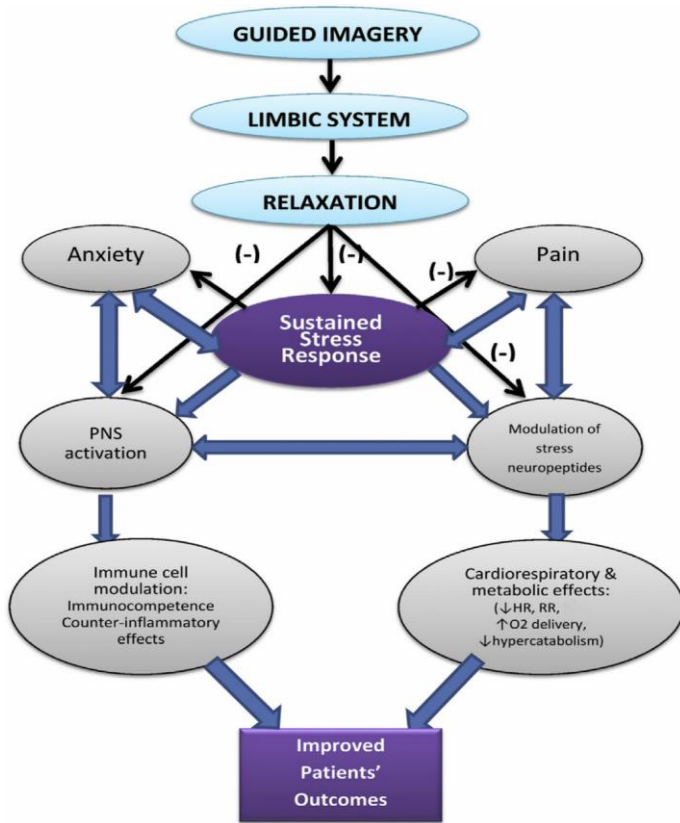
Salah satu dari banyak manfaat citra terpandu ditujukan untuk penyembuhan dan kesembuhan pasien dari rasa sakit. Karena ada kekhawatiran mengenai ketergantungan opioid pada penanganan nyeri kronik, maka perlu dilakukan upaya untuk mengatasi hal tersebut meringankan rasa sakit dengan bantuan solusi non-

farmakologis telah membantu mengedepankan fokus strategi kesehatan komplementer dan integratif (CIH), termasuk penggunaan *guided imagery*. Ada beberapa teori terkait cara kerja *guided imagery* dan bagaimana hal itu mempengaruhi rasa sakit dan penyembuhan. Salah satu teori di balik proses mempengaruhi rasa sakit dan penyembuhan dapat dikaitkan dengan teori psikoneurologis dan teori kontrol gerbang (Krau, 2020).

Ketika seseorang menciptakan suatu gambar, otaknya korteks otak pada gilirannya diaktifkan. Saat gambaran itu dipertahankan, sistem limbic menjadi aktif, yang pada gilirannya menciptakan perubahan pada sistem saraf otonom. Menurut teori kendali gerbang, yang masih kontroversial, stimulasi korteks serebral yang disebabkan oleh gambar bersaing dengan rangsangan nyeri, sehingga menutup gerbang rasa sakit teoritis. Proses ini terjadi bersamaan dengan sekresi neurotransmitter, yang menekan transmisi rasa sakit dan mendukung neuron penghambat dalam sekresi opioid alami (Hamlin & Robertson, 2017).

C. Pengaruh *Guided Imagery* terhadap kondisi Fisik dan Psikologis.

Meskipun citra terpandu umumnya terlihat pada pasien rawat jalan dan rawat inap nonkritis, Dalam hal ini, ada beberapa kasus di mana citra terpandu telah terbukti bermanfaat pada critical illness. Berbagai Penggunaan *Guided Imagery* Sebuah tinjauan mengeksplorasi efek citra terpandu pada penyakit kritis. Hasilnya ukuran yang terlihat dalam ulasan termasuk rasa sakit, kecemasan, pengukuran hemodinamik, stress neuropeptida, lama rawat pasien, kualitas tidur, penanda inflamasi, kepuasan pasien, dan biaya perawatan secara keseluruhan. Kriteria seleksi diperbolehkan untuk 10 studi, yang termasuk 1.391 pasien sakit kritis. Dalam review apapun ada batasannya dengan tidak konsisten pengukuran, data yang hilang atau tidak lengkap, atau variasi data yang digunakan.



Gambar 1. (Hadjibalassi, Lambrinou, Papastavrou, & Papathanassoglou, 2018).

D. Langkah-langkah *Guided Imagery*

Ada beberapa variasi langkah-langkah melakukan tehnik *guided imagery* salah satunya adalah sebagai berikut :

1. *Assesing the problem* (Mengkaji Permasalahan)

Kaji alasan seseorang melakukan *guided imagery*. Tentukan apakah karena ingin mengurangi nyeri, mencari relaksasi, mengurangi stress, meningkatkan kualitas tidur, atau mengurangi kecemasan. Tetapkan bersama individu tersebut atau diri anda sendiri, tempat-tempat yang dianggap “bahagia”.

2. *Assume a relaxed position* (Mementukan Posisi Relax)

Anjurkan pasien untuk berbaring dengan kedua tangan berada disamping. Jika posisi tersebut dirasakan nyeri oleh pasien diskusikan untuk mencari pilihan posisi yang lain yang dapat membuat pasien dalam keadaan relax dan nyaman untuk tidur. Gunakan bantal dan selimut jika dapat membuat pasien merasa lebih relax.

3. *Controlled breathing patern* (Mengatur Pola Napas)

Setelah pasien menemukan posisi yang nyaman, selanjutnya focus diarahkan pada pola pernapasan. Pernapasan dalam adalah pola pernapasan yang memberikan manfaat pada mental dan kesehatan. Anjurkan pasien menarik napas dalam 3 hitungan dan 5 hitungan ketika menghembuskan napas.

4. *Create an imagery environment* (menciptakan lingkungan Imajiner)

Pada tahap ini ciptakan lingkungan yang telah disepakati dan diputuskan sebelumnya untuk mencapai relaksasi yang lebih dalam. Dalam lingkungan ini gabungkan seluruh indera pasien untuk menciptakan relaksasi.

5. *Begin with journey*

Setelah pasien merasa rileks dan lingkungan yang dibayangkan tercipta, inilah saatnya untuk memandu pengalaman tersebut. Panduan ini bergantung pada hasil sesi yang diinginkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, Rustam. (2023). Holistic & Transcultural Nursing.
- Dewi, Ika Mustika, & Mardihusodo, Sugeng Juwono. (2023). Guided Imagery Untuk Mengatasi Nyeri Kronis: Guided Imagery For Chronic Pain. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 11(1), 25-31.
- Hadjibalassi, Maria, Lambrinou, Ekaterini, Papastavrou, Evridiki, & Papathanassoglou, Elizabeth. (2018). The effect of guided imagery on physiological and psychological outcomes of adult ICU patients: A systematic literature review and methodological implications. *Australian Critical Care*, 31(2), 73-86.
- Hamlin, Amy S., & Robertson, T. Michelle. (2017). Pain and Complementary Therapies. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(4), 449-460. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.005>
- Krau, Stephen D. (2020). The multiple uses of guided imagery. *Nurs Clin North Am*, 55(4), 467-474.

BIODATA PENULIS



**Winda Rofiyati, S.Kep.,
Ns.,M.Kep,** Lahir di Kulon
Progo, 15 Oktober 1990.
Menyelesaikan pendidikan S1
dan Ners di Program Studi Ilmu
Keperawatan Universitas
Muhammadiyah Yogyakarta,
dan Menyelesaikan S2 di
Program Studi Ilmu Magister
Keperawatan FKMK UGM.
Sampai saat ini penulis sebagai
Dosen di Program Studi Ilmu
Keperawatan FIIKES Universitas
Alma Ata.

BAB 17

Manajemen Nyeri dengan Teknik Massage

Ns. Muaningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat

A. Pendahuluan

Massage merupakan tindakan memijat yang dilakukan untuk menstimulasi sirkulasi darah serta metabolisme dalam jaringan (Kusyati, E., et al, 2012). Massage atau pijat merupakan salah satu terapi pengobatan komplementer dan integratif yang paling sering dianjurkan. Massage atau pijat merupakan manajemen nyeri yang efektif dalam menghambat transmisi rangsangan nyeri dengan menstimulasi serabut syaraf yang dapat mengubah persepsi nyeri. Massage dapat menimbulkan respon relaksasi yang menciptakan ketenangan dan meningkatkan kemampuan untuk istirahat yang mendukung untuk proses penyembuhan. Selain itu adanya respon relaksasi yang ditimbulkan oleh massage dapat mempengaruhi perubahan fisiologis seperti penurunan tekanan darah dan detak jantung, penurunan konsumsi oksigen, ketegangan otot dan rasa nyeri, penurunan kadar kortisol dan noradrenalin.

Massage dapat meningkatkan penyembuhan psikologis dan penyembuhan fisik (Adams R., et al, 2010). Massage juga digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan dengan teknik *effleurage* dan *conterpressure*. Massage *effleurage* artinya menekan dengan lembut dengan tangan untuk melancarkan peredaran darah. Teknik memijat dan tenang berirama, bertekanan lembut kearah distal atau kearah bawah memberikan rangsangan pada kulit abdomen dengan menggunakan usapan menggunakan ujung-ujung jari telapak tangan dengan arah gerakan membentuk pola gerakan seperti

kupu-kupu pada abdomen dengan mengikuti pola pernapasan abdomen. hal ini dapat merangsang kelenjar *pituitary* menghasilkan peningkatan hormon *endorphin* sehingga tubuh menjadi rileks dan rasa nyeri berkurang (Rahayu, 2020). Teknik *counterpressure* adalah pijatan tekanan kuat dengan cara meletakkan tumit tangan/bagian datar tangan di atas tulang ekor. tekanan ini akan menurunkan ketegangan otot, memperlancar peredaran darah dan relaksasi sehingga menurunkan nyeri (Palilingan, et al, 2023)

B. Konsep Teknik Massage

1. Pengertian Teknik Massage

Massage berasal dari Bahasa Arab (*mash*) dan Yunani (*massien*). *Mash* mempunyai arti menekan dengan lembut dan *massien* berarti memijat atau melulut. Massage adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri dengan cara melepaskan *endorfin* sehingga memblokir transmisi stimulus nyeri (Roepajadi J, 2022).

2. Tujuan Massage

- a. Mengurangi ketegangan otot
- b. Meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis
- c. Mengkaji kondisi kulit
- d. Meningkatkan sirkulasi darah pada area yang di massage

3. Persiapan Alat

- a. Pelumas atau lotion
- b. Handuk
- c. Bantal kecil satu buah

4. Prosedur Pelaksanaan

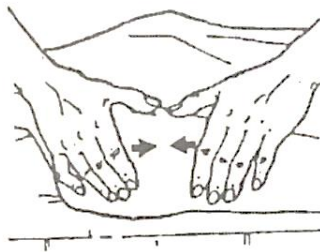
- a. Siapkan peralatan yang dibutuhkan
- b. Jelaskan kepada pasien tujuan pelaksanaan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan
- c. Cuci tangan
- d. Bantu pasien ke posisi terlungkup atau posisi miring jika pasien tidak dapat terlungkup
- e. letakan sebuah bantal kecil dibawah abdomen pasien untuk mempertahankan posisi yang tepat.

- f. Tuangkan sedikit losion ke tangan dan usapkan kedua tangan hingga losion merata pada permukaan tangan
- g. Mulai massage dari punggung. Massage dilakukan dengan menggunakan jari dan telapak tangan dengan memberi tekanan yang ringan. gunakan losion sesuai kebutuhan.
- h. Metode massage:
 - 1) Selang-seling tangan. Massage punggung dengan pemberian tekanan yang singkat, cepat, dan bergantian antara tangan kanan dengan tangan kiri.



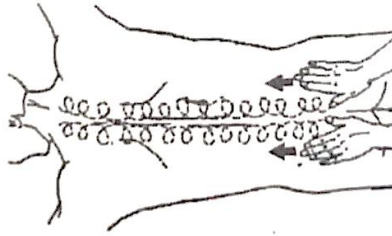
Gambar 1. Metode massage selang seling tangan

- 2) Meremas. Meremas otot bahu dengan kedua tangan secara bersamaan



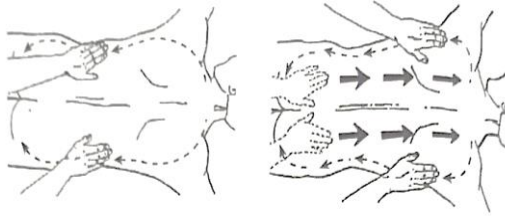
Gambar 2. Metode massage meremas

- 3) Menggosok. Massage punggung menggunakan ibu jari dan telapak tangan, dengan gerakan memutar di sepanjang tulang punggung dari sacrum ke bahu.



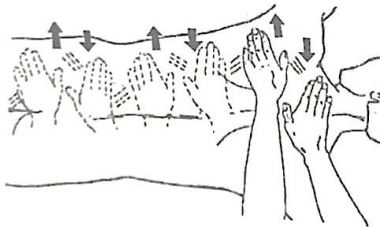
Gambar 3. Metode massage menggesek

- 4) Eflurasi. Memberi tekanan ringan pada punggung menggunakan kedua tangan, dengan gerakan ke atas untuk membantu aliran balik vena.



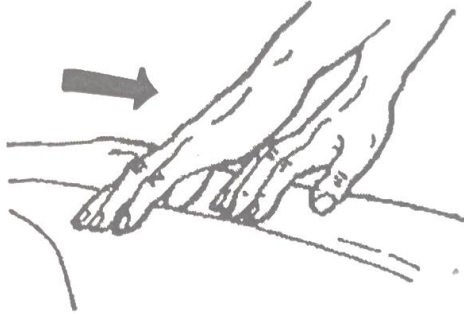
Gambar 4. Metode massage eflurasi

- 5) Petrissage/pemijatan tekan. Memberi tekanan dalam pada punggung secara horizontal atau meremas, mencubit kulit, jaringan subkutan, dan otot secara cepat dan lebar. tangan digerakan berlawanan dengan tangan yang lain ketika memberi tekanan dan meremas.



Gambar 5. Metode Massage Petriassage

- 6) Tekanan menyikat. Memberi tekanan halus pada punggung menggunakan ujung jari, menyerupai gerakan menyisir untuk mengakhiri massage.



Gambar 6. Metode massage tekanan menyikat

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, R., White, B., Beckett, C. (2010). Pengaruh terapi pijat pada manajemen nyeri di tempat perawatan akut.
https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/pmc/articles/PMC3091428/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=id&x_tr_hl=id&x_tr_pto=tc
- Kusyati, E., et al. (2012). *Keterampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Palilingan, X. C., Wijayanti, I.T., Sariyani, D. (2023). Nyeri persalinan turun dengan metode *massage conterpressure*. Jurnal Ilmu Kebidanan Dan Kesehatan. 14 (1), 7-12.
- Rahayu, S. (2020). Teknik massage efflurage dapat mengurangi nyeri kala I pada ibu bersalin di Puskesmas Halmahera kota Semarang. Jurnal Kesehatan, 13 (1), 78-84.
- Roepajadi, J. (2022). *Masase olahraga*. Edisi 2. Surabaya: UNIPRESS

BIODATA PENULIS



Ns. Muaningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat lahir di Sukoharjo, pada tanggal 6 November 1982. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan S2 Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Menyelesaikan Pendidikan Spesialis Keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia. Sampai Saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan STIKES Panakkukang Makassar.

BAB 18

Manajemen Nyeri dengan TENS

Yulianti Ely, S.Ft.,Physio.,M.Biomed

A. Pendahuluan

Rasa nyeri menunjukkan suatu persepsi yang dirasakan ketika seseorang mengalami cedera, pada saat itu rasa nyeri belum terasa tetapi pada saat menggoyangkan atau menekan daerah yang sakit maka timbulah rasa nyeri. Sejumlah mekanisme telah di pilih untuk pengendalian nyeri dan pemberian modulasi. Korelasi antara struktur dan Proses fisiologis dalam transmisi nyeri dapat di control dengan penggunaan modulasi pada sumsum tulang belakang dari efek penghambatan aferen. Menurut teori bahwa nyeri dapat dimodulasi atau diberikan stimulasi pada area perifer, sumsum tulang belakang dan tingkat kortikal oleh neurotransmitter yang mempunyai efek yang sama dengan pemberian obat anti nyeri. Psikologis seseorang juga dapat mempengaruhi proses pengeontrolan persepsi rasa nyeri. Secara fisik, kimia dan psikologi maka intervensi yang telah dikembangkan adalah adanya modulasi nyeri dengan pemberian Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) (Camerron, 1999).

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) adalah alat yang sederhana, bersifat anti nyeri, tidak ada tindakan pembedahan serta merupakan metode yang banyak digunakan dalam pelayanan kesehatan oleh Fisioterapis, perawat dan bidan. Terutama digunakan untuk penatalaksanaan gejala pengobatan nyeri akut dan kronis. Namun, TENS juga digunakan dalam pengobatan di rumah sakit untuk mengatasi nyeri yang disebabkan oleh metastasi pada tulang dan neoplasma (Mark Johnson, 2009).

TENS digunakan pada tingkat sensorik selama pengobatan untuk jangka waktu yang lama, sedangkan pada stimulasi tingkat motorik untuk elektroanalgesia didasarkan pada rangsangan otot dan biasa disebut sebagai frekuensi rendah atau TENS akupunktur. Stimulasi saraf listrik transkutan (TENS) melibatkan penerapan rangsangan listrik pada permukaan kulit melalui elektroda untuk merangsang serabut saraf dan menghasilkan efek fisiologis yang berbeda. Banyak digunakan untuk nonfarmakologis, noninvasive, aman, teknik yang mudah digunakan dan berbiaya rendah untuk mengendalikan rasa nyeri (James W. Bellew, 2016).

B. Prinsip TENS

TENS bukanlah jenis peralatan atau listrik tertentu, sebaliknya merupakan metode untuk mengaktifkan serabut saraf dengan menghantarkan impuls listrik melalui kulit menggunakan permukaan electrode. Jadi, penggunaan arus listrik jenis apa pun yang mengaktifkan serabut saraf tanpa mengganggu kulit disebut TENS dan dapat diselesaikan dengan menggunakan variasi dari stimulator yang berbeda. Meskipun TENS tidak dirujuk untuk semua jenis arus tertentu, yang paling umum dan teratur TENS digunakan secara tradisional memancarkan dua tipe dasar arus listrik yaitu simetris bifasik persegi panjang arus berdenyut atau pulsa seimbang asimetris bifasik. Kedua jenis arus listrik tersebut dianggap nonpolarisasi, artinya tidak memiliki keberlanjutan polaritas dan dapat digunakan untuk jangka waktu yang lama tanpa menimbulkan risiko luka bakar kimia pada kulit (James W. Bellew, 2016).

C. Kerja TENS

Tujuan dari TENS adalah untuk mengaktifkan serabut tipe saraf A β berdiameter besar secara selektif tanpa bersamaan mengaktifkan serabut tipe saraf A δ dan C serabut berdiameter kecil (yang berhubungan dengan nyeri) atau eferen otot. Bukti dari penelitian pada hewan dan manusia mendukung hipotesis bahwa TENS menghasilkan analgesia segmental dengan memberikan reaksi yang cepat, tepat dan yang dilokalisasi ke

kulit . Secara teoretis, arus yang frekuensi tinggi dan intensitas rendah sangat efektif dalam aktivasi selektif serat yang berdiameter besar, meskipun dalam praktiknya demikian akan dicapai setiap kali pengguna TENS, dilaporkan bahwa mereka mengalami parestesia yang nyaman di bawah elektroda. Secara bersama arus TENS antara 10 dan 200p.p.s., dan 100–200 μ s dengan amplitudo akan menghasilkan rasa nyaman yang kuat dan tidak menyakitkan parestesia berdiameter besar dengan serat yang memiliki periode refraktori pendek menghasilkan impuls saraf dengan frekuensi tinggi. Artinya, mereka lebih mampu menghasilkan impuls saraf frekuensi tinggi ketika arus frekuensi tinggi dihantarkan. Dengan demikian, serabut aferen yang lebih besar akan diproduksi bersamaam dengan frekuensi yang tinggi (10–200 p.p.s.). Pola penetrasi biasanya terus menerus dan menghasilkan efek yang nyaman tanpa kedutan otot secara bersamaan (Mark Jhonson, 2009).

D. Perawatan TENS

Perawatan TENS yang pertama harus dijaga secara relative singkat (yaitu, 30 menit atau kurang) agar pasien dapat merasakan sensasinya dan biarkan tenaga medis memantau respon analgesic dari pasien dan efek samping yang dirasakan. Setelah pengobatan awal, TENS biasa diterapkan hingga satu jam pada suatu waktu. Membutuhkan waktu 30 menit jeda antar aplikasi akan mengurangi kemungkinan dari iritasi kulit (James W. Bellew, 2016).

E. TENS dan Nyeri

Nyeri Akut

Pada tahun1974 Hymes adalah orang pertama yang melakukan penelitian dengan keberhasilan bahwa TENS dapat digunakan untuk penatalaksanaan nyeri akut akibat pembedahan, TENS efektif untuk nyeri ringan hingga sedang terkiat dengan tindakan pembedahan pada thoraks (Mark Jhonson, 2009).

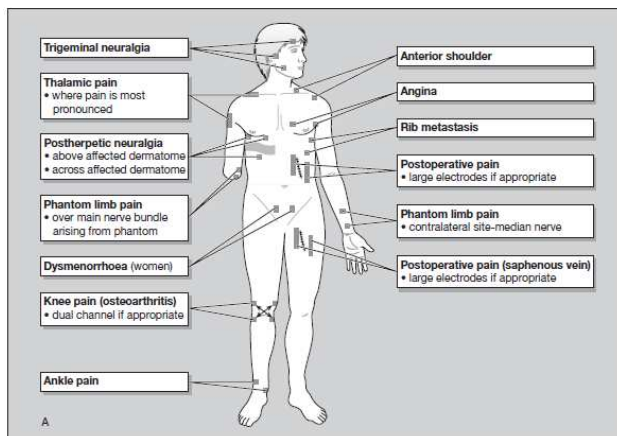
Nyeri Kronik

Penggunaan TENS untuk nyeri kronik didukung oleh sejumlah besar uji klinis yang menunjukkan bahwa TENS

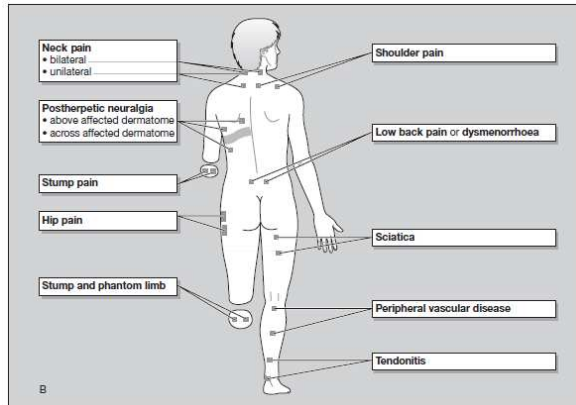
berguna untuk penatalaksanaan nyeri kronis yaitu Neuropati Kronis (Thorsteinsson dkk, 1977), Meuralgia Pascaherpetik (Nathan dan Wall, 1974). Neuralgia Trigeminal (Bates dan Nathan, 1980), Nyeri Tungkai (Finsen dkk, 1988), Nyeri Muskuloskeletal (Lundeberg, 1984) dan Radang Sendi (Mannheimer dan Carlsson, 1979) serta Sloan dkk, 1986 telah membuktikan bahwa TENS mengurangi rasa sakit yang terkait dengan patah tulang rusuk (Mark Jhonson, 2009).

F. Penempatan Elektroda

Elektroda TENS ditempatkan untuk merangsang serabut saraf tipe A β yang masuk ke segmen tulang belakang sebagai serabut nosiseptif yang terkait dengan asal nyeri. Jadi, arus pada elektroda menembus lokasi nyeri dan ditempatkan secara proksimal pada saraf utama yang menimbulkan nyeri. Jika tidak, elektroda dapat ditempatkan pada sumsum tulang belakang sesegmen dengan lokasi nyeri atau pada lokasi kontralateral terhadap lokasi nyeri (Mark Jhonson, 2009).



Gambar 1. Posisi Elektroda pada Kondisi Nyeri Umum – Bagian Depan



Gambar 2. Posisi Elektroda pada Kondisi Nyeri Umum – Bagian Belakang

G. Kontraindikasi

Pasien dengan kondisi Epilepsi, hal ini tidak dianjurkan karena dari segi hukum tidak sepantasnya. Untuk mengurangi risiko menginduksi persalinan, TENS tidak boleh diberikan pada wanita hamil dan Pasien dengan alat pacu jantung dikarenakan medan listrik dihasilkan oleh TENS dapat mengganggu perangkat listrik yang digunakan (Scherder, Van Someren dan Swaab, 1999).

DAFTAR PUSTAKA

- Carlsson, M. C. (1979). *The Analgesic Effert of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*.
- H.Cameron, M. (1999). PT. *Physical Agents In Rehabilitation From Research To Practice*.
- Johnshon, M. I. (2009). PhD. *Transcutaneous electrical nerve stimulation* .
- Muwanga, S. J. (1986). *Multiple Rib Fracture : transcutaneous nerv stimulation versus conventional analgesic*.
- Someren, S. E. (1999). *Eppilepsy a possible contraindiction for transcutaneous electrical*.
- T, L. (1984). *A Comparative study og the pain alleviating effect of vibratory stimulatineous electrical nerve stimulation, electroacupunture and placebo*.
- W.Bellew, J. (2016). PT.EdD. *Modalitties for Theraupetic Intervention*.

BIODATA PENULIS



Yulianti Ely, S.Ft., Physio., M.Biomed, lahir di Ambon, pada 18 Juli 1980. Menyelesaikan pendidikan S1-Profesi di Fakultas Kedokteran Jurusan Fisioterapi Universitas Hasanuddin dan S2 di Sekolah Pasca Sarjana Jurusan Ilmu Biomedik Konsentrasi Fisiologi Universitas Hasanuddin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 19

Manajemen Nyeri dengan Tapping Emotional Freedom Technique (EFT)

Ns. Maimaznah, M.Kep., Sp.Kep.Kom

A. Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri menurut Kemenkes RI, (2022) dapat dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Manajemen Nyeri Farmakologi yaitu menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri. Penggunaan pada nyeri sangat hebat dan berlangsung berjam-jam atau hingga berhari-hari
2. Manajemen Nyeri non-Farmakologi menurut ada beberapa tindakan non-farmakologi yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat, yaitu:
 - a. Stimulasi dan Masase Kutaneus Masase merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum yang dipusatkan pada punggung dan tubuh. Masase dapat mengurangi nyeri karena membuat pasien lebih nyaman akibat relaksasi otot.
 - b. Kompres Dingin dan Hangat Kompres dingin menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan terhadap rangsang nyeri dan menghambat proses inflamasi. Kompres hangat berdampak pada peningkatan aliran darah sehingga menurunkan nyeri dan mempercepat penyembuhan. Kedua kompres ini digunakan secara hati-hati agar tidak terjadi cedera.
 - c. *Transcutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS)*, dapat digunakan untuk nyeri akut dan nyeri kronis. TENS dipasang di kulit menghasilkan sensasi kesemutan,

menggetar, atau mendengung pada area nyeri. Unit terapi ini dijalankan menggunakan baterai dan dipasang elektroda.

- d. Distraksi Pasien akan dialihkan fokus perhatiannya agar tidak memperhatikan sensasi nyeri. Individu yang tidak menghiraukan nyeri akan lebih tidak terganggu dan tahan menghadapi rasa nyeri.
- e. Teknik Relaksasi Relaksasi dapat berupa napas dalam dengan cara menarik dan menghembuskan napas secara teratur. Teknik ini dapat menurunkan ketegangan otot yang menunjang rasa nyeri.
- f. Imajinasi Terbimbing Pasien akan dibimbing dan diarahkan untuk menggunakan imajinasi yang positif. Dikombinasi dengan relaksasi dan menggunakan suatu gambaran kenyamanan dapat mengalihkan perhatian terhadap nyeri.
- g. Terapi Musik Pengaruh signifikan pemberian musik instrumental terhadap penurunan skala nyeri pasien pra operasi fraktur. Musik instrumental dapat memberikan ketenangan pada pasien. Pemberian musik dapat mengalihkan perhatian pasien dan menurunkan tingkat nyeri yang dialami.

Adapun menurut Barat (2023), penanganan nyeri yang dapat dilakukan yaitu dengan cara:

1. Farmakologi

Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obat-obatan seperti analgesic dan NSAID nyeri berkurang dengan memblokir transmisi stimuli agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon cortical.

2. Nonfarmakologi

- a. Imajinasi terbimbing (*guided imagery*)
- b. Relaksasi pernapasan
- c. Hipnotherapy
- d. Distraksi atau peralihan perhatian
- e. Relaksasi progresif (meregangkan otot atau stretching) dan,

f. Meditasi dan visualisasi.

Terapi nonfarmakologi tersebut didukung hasil penelitian oleh Hidayat, Pratama, Widyastuti, Handayani, dan Sumaji (2022), setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan intervensi keperawatan dengan terapi emotional freedom technique selama 3 x 24 jam masalah keperawatan masalah gangguan rasa nyaman teratasi namun nyeri akut teratasi sebagian karena skala nyeri masih menunjukkan skala 3.

Selain dapat mengurangi nyeri, terapi ini juga dapat mengurangi kecemasan. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian oleh Welly, Gusdiansyah, dan Rahmah (2021) menunjukkan bahwa terapi EFT memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan tahanan baru. Begitu juga dengan hasil penelitian dimana hasil telaah literatur oleh Zani dan Shari (2024) menunjukan bahwa terapi komplementer EFT, Terapi Doa dan SEFT dapat menurunkan tingkat stres, kecemasan dan depresi untuk beberapa klien dengan kasus tertentu.

Hasil penelitian oleh Lataima, Kurniawati, dan Astuti (2020) juga mengatakan bahwa EFT merupakan intervensi yang mudah, murah dan efektif. Manfaat intervensi EFT yaitu dapat menurunkan depresi, kecemasan, stress, meningkatkan kadar imunologi, menurunkan kadar kortisol dalam darah dan meningkatkan kualitas hidup.

Adapun manajemen nyeri pada kasus *Low Back Pain* (LBP) secara *Evidence Based* menurut Ningtyas, dkk., (2023), meliputi:

1. *Back Massage*
2. *Mc. Kenzie Exercise*
3. *Core Stability*
4. Teknik Distraksi
5. Terapi Musik
6. Guide Imaginary
7. Relaksasi
8. Akupuntur

9. Termal Terapi

B. *Emotional Freedom Technique (EFT)*

Menurut Kemenkes RI (2022), *Emotional Freedom Technique (EFT)*:

1. Pengertian

Emotional Freedom Technique (EFT) merupakan metoda psikoterapi yang berbasis energi psikologi. Teknik ini dikembangkan oleh Gary Craig di Amerika Serikat. Teknik ini mirip dengan akupuntur, namun bedanya kalau akupuntur menggunakan jarum untuk menstimulasi titik titik energi yang tersebar dalam jalur meridian tubuh, sementara EFT menggunakan jari dengan mengetuk ketuk atau *tapping* pada titik titik energi tubuh.

2. Manfaat

Teknik ini sangat manjur untuk mengatasi yang berhubungan dengan emosi negative dan nyeri (Hidayat, Pratama, Widyastuti, Handayani, dan Sumaji, 2022).

3. Cara Kerja

Menurut teori, EFT ini sebelum emosi negatif muncul akan terjadi gangguan listrik pada jalur meridian tubuh. Teknik ini bertujuan untuk mengatasi gangguan listrik tersebut. Saat gangguan teratasi maka secara otomatis emosi negatif teratasi. Jadi yang dimanipulasi bukan emosinya namun gangguan listriknya. Gangguan listrik tersebut terletak pada titik-titik energi meridian tubuh.

Kekuatan *mental block* ditentukan oleh intensitas memori. Semakin kuat intensitas memori maka akan semakin kuat *mental block*nya dan sudah tentu akan sulit diatasi. Oleh karena itu cara paling efektif untuk mengatasi *mental block* yakni dengan membuatnya lemah. Caranya adalah menurunkan dan akhirnya menghilangkan semua emosi yang menjadi sumber kekuatannya.. Begitu emosi dihilangkan maka *mental block* akan lemah dan tidak bisa mengganggu, menyabotase atau menghambat pencapaian impian atau target anda. EFT terbukti secara ilmiah sangat

efektif untuk mengatasi emosi negatif yang menjadi sumber kekuatan *mental block*.

4. Proses

Ada 5 tahapan dalam proses terapi EFT, meliputi:

a. Persiapan

Pada tahap ini anda perlu minum air mineral minimal satu gelas agar tubuh tidak mengalami dehidrasi. Dehidrasi akan sangat menghambat terapi. Pada tahapan ini yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1). Pikirkan masalah anda untuk mengaktifkan medan energi tubuh
- 2). Menentukan *Subjective Unit of Disturbance (SUD)*

b. The Set-Up

Pada tahap ini yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1). Melakukan afirmasi sebanyak 3 kali
- 2). Menekan atau mengurut Sore Spot di dada

c. *The Sequence*

Ada dua cara untuk melakukan tahap ini

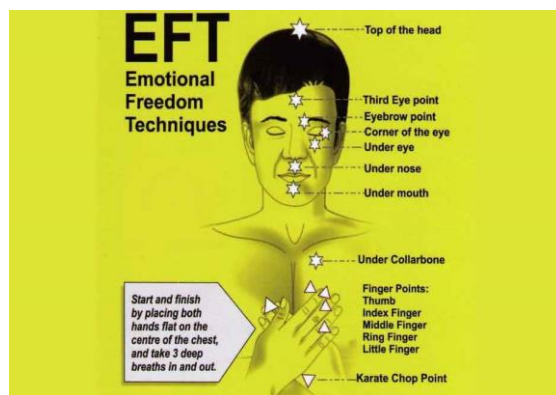
- 1). Menetapkan kata kunci yang mengingatkan pikiran pada emosi yang hendak dihilangkan
- 2). Tidak mengucapkan kata kunci . anda cukup merasakan emosi itu
- 3). Melakukan tapping pada titik titik energi tubuh pada jalur meridian tubuh diantaranya:
 - a) Pangkal alis mata (boleh kiri atau kanan)
 - b) Tulang pelipis
 - c) Tulang dibawah mata
 - d) Dibawah hidung
 - e) Di dagu
 - f) 2 cm dari titik tengah tulang selangka
 - g) Dibawah ketiak
 - h) Ibu jari
 - i) Telunjuk
 - j) Jari tengah
 - k) Jari kelingking
 - l) Karate Chop

d. *Nine Gamut Procedure.*

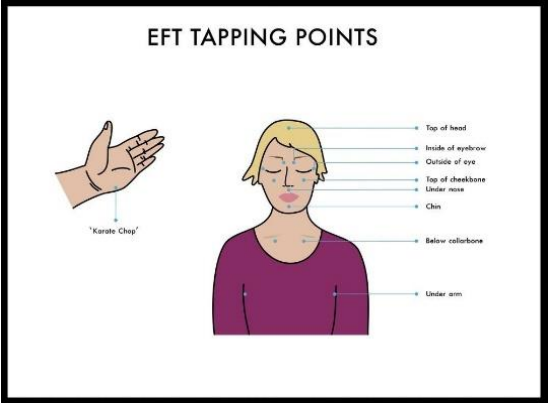
Pada tahap ini yang dilakukan adalah dengan cara mengetuk atau men-*tapping* terus menerus titik gamut kepala tegak menatap kedepan kemudian:

- 1). Pejamkan mata dengan keras
- 2). Buka mata dengan melotot
- 3). Lirikkan mata ke kanan bawah keras
- 4). Lirikkan mata ke kiri bawah keras
- 5). Putar mata searah jarum jam dengan hidung sebagai poros
- 6). Putar mata berlawanan arah jarum jam
- 7). Gumamkan "*Happy Birthday*" selama tiga detik (mata menatap lurus kedepan)
- 8). Hitung dengan cepat 1,2,3,4,5
- 9). Gumamkan "*Happy Birthday*" selama tiga detik

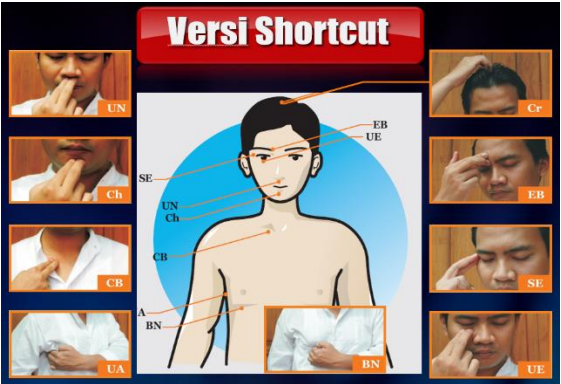
Titik/ point dalam melakukan terapi *Emotional Freedom Techniques* (EFT) dengan cara mengetuk atau men-*tapping* terus menerus titik gamut dengan kepala tegak menatap kedepan, dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 1. Titik/Point Melakukan Terapi EFT



Gambar 2. EFT Tapping Point



Gambar 3. Titik Gamut Terapi EFT pada tubuh

DAFTAR PUSTAKA

- Barat, I. M. K. (2023). Streching dan Nyeri Muskuloskletal.
- Hidayat, A., Pratama, D.A., Widyastuti,Y., Handayani, S., dan Sumaji, M.A (2022). Upaya Pemberian Terapi *Emotional Freedom Technique* (EFT) untuk Menurunkan. Tingkat Nyeri pada Pasien Pre Operasi. *JUKEKE*. Vol 1 No. 2
- Kemenkes, RI. (2022).
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/3250/menghancurkan-mental-block-dengan-eft
- Lataima, N.S., Kurniawati, N.D., dan Astuti, P. (2020). Manfaat Emotional Freedom Technique (EFT) bagi Pasien dengan Gangguan Kecemasan. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. Volume 11 No. 2
- Ningtyas, N.W.R., dkk. (2023). *Manajemen Nyeri*. Jawa Tengah: PT. Media Pustaka Indo
- Welly, W., Gusdiansyah, E., dan Rahmah, M. (2021). Teknik Relaksasi Emotional Freedom Technique (EFT) Terhadap Tingkat Kecemasan Tahanan. *JIK (Jurnal Ilmu Kesehatan)*. Volume 5 No.1
- Zani, A.Y.P., dan Shari, W.W. (2024). EFT, Terapi Doa, dan SEFT untuk Mengurangi Tingkat Stress, Kecemasan dan Depresi: Literatur Review. *Jurnal Ners*. Volume 8 No. 2

BIODATA PENULIS



Ns. Maimaznah, M.Kep., Sp.Kep.Kom lahir di Karang Mendapo, 23 Agustus 1982, Putri dari Bapak H. A. Gani (Alm) dan Ibu Hj. Ropiah. Tahun 2004 penulis mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan di Akper Baiturrahim Jambi. Penulis melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang serta menyelesaikan Magister dan Spesialis dengan peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis aktif sebagai Dosen di Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Baiturrahim Jambi. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul di antaranya: *Lansia dan Permasalahannya, Ilmu Keperawatan Keluarga, Keperawatan Komunitas 4, dan Buku Ajar Keperawatan Gerontik*.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

