

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Sikap

a. Pengertian

Sikap merupakan kesiapan seseorang untuk bertindak, dimana pembentukan sikap intelegensia, bakat, minat, persaan serta kebutuhan dan motivasi seseorang dan faktor ekstrinsik yaitu pendidikan, ideologi, ekonomi, politik, pertahanan dan keamanan (Widayatun, 2009).

Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*), perasaan tidak mendukung (tak *favorable*) obyek tersebut.

Sikap adalah kesiapan untuk bereaksi terhadap sesuatu obyek dengan cara cara tertentu, sikap merupakan konstelasi komponen kognitif, afektif dan konaktif yang berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu obyek (Azwar, 2008).

Dari beberapa definisi yang dikemukakan diatas dapat kita tafsirkan bahwa sikap dalam definisi Allport adalah kecenderungan potensial untuk bereaksi apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon, yang meyangkut kesiapan dalam hal persepsi, perasaan dan kecenderungan berperilaku atau bertindak (Azwar, 2008).

Definisi tersebut juga mengisyaratkan bahwa sikap merupakan aspek yang dinamis atau dapat berubah dari waktu ke waktu, tergantung dari perubahan-perubahan yang terjadi pada subyek sikap sebagai akibat interaksinya dengan lingkungan sekitar (Azwar, 2008).

Sikap juga dikatakan sebagai respon, dan respon akan timbul apabila individu dihadapkan pada satu stimulus yang menghendaki timbulnya reaksi individu. Respon evaluatif berarti bahwa bentuk respon yang dinyatakan sebagai sikap itu didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu yang memberi kesimpulan nilai terhadap stimulus dalam bentuk baik atau buruk, positif atau negatif, menyenangkan atau tidak menyenangkan, suka atau tidak suka, yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap obyek sikap (Azwar, 2008).

Sikap yang dianut banyak orang disebut sikap sosial yaitu sikap yang ada pada suatu kelompok yang ditujukan kepada suatu obyek yang menjadi perhatian seluruh orang-orang tersebut. Sikap profesional perawat merupakan sikap yang dimiliki oleh profesi keperawatan yaitu pandangan yang disertai kecenderungan bertindak dari profesi keperawatan yang berakar dari nilai-nilai profesi yang senantiasa menjadi pedoman perawat sebagai anggota profesi. Sikap jabatan dapat dipelajari dan dilatih. Sikap pribadi terhadap suatu masalah akan berpengaruh terhadap sikap profesional. Sikap profesional perawat tidak akan keluar secara spontan didalam sikap yang terlihat. Sikap

profesional secara perlahan akan memperoleh bentuk yang lebih nyata dalam sikap seorang perawat yang sakit.

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmojo (2003) sikap mempunyai 3 komponen pokok :

- 1) Kepercayaan (keyakinan) ide dan konsep suatu obyek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi konsep terhadap suatu obyek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak.

b. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2003), sikap terdiri dari beberapa tingkatan yaitu :

- 1) Menerima (*receiving*) orang yang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
- 2) Merespon (*responding*) yaitu memberi jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
- 3) Menghargai (*valuing*) yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
- 4) Bertanggung jawab (*responsibility*) yang terwujud dalam sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko.

c. Sifat Sikap

Sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negative :

- 1) Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu.

- 2) Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai obyek tertentu (Purwanto. H, 2008).

d. Ciri-ciri Sikap

Ciri-ciri sikap adalah :

- 1) Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungan dengan obyeknya. Sifat ini membedakannya dengan sifat motif-motif biogenetis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan karena itu pula sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.
- 3) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu obyek. Dengan kata lain, sikap itu terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu obyek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- 4) Obyek sikap itu merupakan satu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- 5) Sikap mempunyai segi motivasi dan segi-segi perasaan, Sifat inilah yang membedakan sikap dari kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang (Purwanto. H, 2008).

e. Cara Pengukuran Sikap

Menurut Azwar (2008), pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menggunakan Skala Likert, dengan kategori sebagai berikut :

Pernyataan Positif

- Sangat Setuju : SS
- Setuju : S
- Tidak Setuju : TS
- Sangat Tidak Setuju : STS

Cara untuk memberi interpretasi terhadap skor individual adalah membandingkan skor tersebut dengan harga rata-rata skor kelompok dimana responden tersebut termasuk. Perbandingan relatif ini menghasilkan interpretasi skor individual sebagai lebih atau kurang *favorabel* dibandingkan dengan rata-rata kelompoknya. Perbandingan tersebut harus dinyatakan dalam satuan deviasi standar kelompok, artinya mengubah skor individual menjadi skor standar.

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap keluarga terhadap obyek sikap antara lain :

1) Pengalaman Pribadi

Pengalaman yang terjadi secara tiba-tiba atau mengejutkan yang meninggalkan kesan paling mendalam pada jiwa seseorang. Kejadian-kejadian dan peristiwa-peristiwa yang terjadi berulang-

ulang dan terus-menerus, lama-kelamaan secara bertahap diserap kedalam individu dan mempengaruhi terbentuknya sikap.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Dalam pembentukan sikap pengaruh orang lain sangat berperan. Misal dalam kehidupan masyarakat yang hidup dipedesaan, mereka akan mengikuti apa yang diberikan oleh tokoh masyarakat.

3) Kebudayaan

Dimana kita hidup mempunyai pengaruh yang besar terhadap pembentukan sikap. Dalam kehidupan dimasyarakat, sikap masyarakat diwarnai dengan kebudayaan yang ada didaerahnya.

4) Media Massa

Media masa elektronik maupun media cetak sangat besar pengaruhnya terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Dengan pemberian informasi melalui media masa mengenai sesuatu hal akan memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap

5) Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Dalam lembaga pendidikan dan lembaga agama berpengaruh dalam pembentukan sikap, hal ini dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

6) Faktor Emosional

Sikap yang didasari oleh emosi yang fungsinya hanya sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego, sikap yang demikian merupakan sikap sementara dan segera berlalu setelah frustrasinya hilang, namun bisa juga menjadi sikap yang lebih persisten dan bertahan lama (Azwar, 2008).

7) Struktur Sikap

Dilihat dari strukturnya, sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang, yaitu kognitif, komponen afektif dan komponen konaktif. Kognitif berupa apa yang dipercayai atau keyakinan oleh subyek pemilik sikap. Komponen afektif merupakan komponen perasaan yang menyangkut aspek emosional dan komponen konaktif merupakan aspek kecenderungan berperilaku atau bertindak sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh subyek terhadap objek sikap (Purwanto, H, 2008).

g. Fungsi sikap

Menurut Attkinson cit Sunaryo (2004), ada 5 sikap fungsi yaitu :

1) Fungsi instrumental

Fungsi ini dikaitkan dengan alasan praktis atau manfaat yang menggambarkan suatu keadaan atau keinginan. Untuk mencapai suatu tujuan diperlukan sarana yang disebut sikap. Apabila objek sikap dapat membantu individu mencapai suatu tujuan. Individu akan bersikap positif terhadap objek sikap tersebut atau sebaliknya.

2) Fungsi pertahanan ego

Sikap ini diambil individu dalam rangka melindungi diri dari kecemasan atau ancaman harga dirinya. Contoh ada si A yang sebenarnya benci sekali pada si B, tetapi dikatakan bahwa si B lah yang benci si A.

3) Fungsi nilai ekspresi

Sikap ini mengekspresikan nilai yang ada dalam diri individu. Contoh individu yang menghayati ajaran agama maka sikapnya akan tercermin dalam tutur kata.

4) Sikap pengetahuan

Sikap ini membantu individu untuk memahami dunia yang membawa keturunan terhadap bermacam macam informasi yang perlu diasumsikan dalam kehidupan sehari hari.

5) Fungsi penyesuaian social

Sikap ini membantu individu merasa menjadi bagian dari masyarakat. Dalam hal ini sikap yang diambil individu tersebut akan dapat menyesuaikan dengan lingkungannya.

h. Sikap perawat dalam merawat pasien

Sikap yang perlu dimiliki oleh seorang perawat dalam merawat pasien agar dapat memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan pasien. Antara lain :

- 1) Harus memiliki sikap ramah terhadap semua orang terlebih pada pasien.

- 2) Harus memiliki sifat kasih sayang terhadap sesama terlebih bagi orang yang membutuhkan.
 - 3) Harus memiliki sikap yang memberikan sikap yang dapat memberikan rasa aman pada pasien bukan menimbulkan kecemasan.
 - 4) Harus memiliki sikap menaruh perhatian terhadap kebutuhan yang diperlukan oleh pasien.
 - 5) Harus memiliki sikap dapat membantu kesulitan pasien dan keluarga
- (Sunaryo, 2004)

i. Perilaku

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku merupakan perwujudan dari adanya kebutuhan. Perilaku dikatakan wajar apabila ada penyesuaian diri dari yang harus diselaraskan peran manusia sebagai makhluk individu, sosial, dan berketuhanan (Purwanto. H, 2008).

Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo (2003) perilaku terbentuk dari tiga faktor, yaitu :

- 1) Faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi.
- 2) Faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas kesehatan.

- 3) Faktor pendorong, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain.

Menurut Notoatmodjo (2003) secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar obyek tersebut, dimana respon ini terbentuk dari macam yaitu :

- 1) Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat oleh orang lain. Misal : berpikir, tanggapan, sikap batin dan pengetahuan.
- 2) Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas diobservasikan secara langsung. Misal : pergi kefasilitas kesehatan untuk berobat, ikut program KB.

Backer (1979), mengklasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebagai berikut : (Notoatmodjo, 2003).

- 1) Perilaku kesehatan, yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, sanitasi dan yang lainnya.
- 2) Perilaku sakit, yaitu segala tindakan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk disini juga kemampuan dan pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab sakit, serta usaha usaha untu mencegah sakit.

3) Perilaku peran sakit, yaitu segala kegiatan yang dilakukan individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan atau kesakitannya sendiri juga berpengaruh terhadap orang lain terutama pada anak - anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggung jawab kesehatannya.

2. Nyeri

a. Pengertian nyeri

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan jaringan rusak atau jaringan yang cenderung rusak, ataupun yang digambarkan dengan cirri-ciri kerusakan jaringan (Kozier, Barbara et. Al, 2006). Sedangkan menurut NANDA (2003) nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan karena adanya kerusakan jaringan atau potensial kerusakan jaringan atau gambaran tentang kerusakan jaringan.

b. Respon terhadap nyeri

Respon terhadap nyeri meliputi respon fisiologis dan respon perilaku. Untuk nyeri akut respon fisiologisnya adalah peningkatan tekanan darah, peningkatan nadi, peningkatan pernafasan, dilatasi pupil, dan keringat dingin. Respon perilaku adanya gelisah, ketidakmampuan berkonsentrasi, ketakutan dan distresses.

Sedangkan pada nyeri kronis respon fisiologisnya tekanan darah normal, respirasi normal, pupil normal, kulit kering, sedangkan respon

Sedangkan pada nyeri kronis respon fisiologisnya tekanan darah normal, respirasi normal, pupil normal, kulit kering, sedangkan respon perilakunya berupa imobilisasi atau ketidakaktifan fisik, menarik diri dan putus asa.

c. Jenis –jenis nyeri

Nyeri terbagi dalam dua jenis yaitu:

1) Nyeri akut

Nyeri yang muncul dengan rentang waktu kurang dari enam bulan.

2) Nyeri kronik

Nyeri yang muncul dengan rentang waktu lebih dari enam bulan.

d. Penyebab nyeri

1) Trauma

a) Trauma Mekanik

Rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan, misalnya akibat benturan, gesekan, luka, dan lain-lain.

b) Thermis

Nyeri timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin, misal karena api dan air.

c) Chemis

Timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat.

d) Elektrik

Timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.

2) Neoplasma.

3) Peradangan

Nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan. Misalnya: abses.

4) Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah.

5) Trauma psikologis.

e. Pengkajian keperawatan tentang nyeri

Pengkajian nyeri yang dilakukan secara komprehensif akan dapat membantu perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri pasien adalah pengalaman masa lalu, ansietas, usia, dan respon individu terhadap strategi pereda nyeri (Brunner dan Suddarth, 2004).

Alat-alat pengkajian nyeri dapat digunakan untuk mengkaji persepsi nyeri seseorang. Agar alat-alat pengkajian nyeri dapat bermanfaat, alat tersebut harus memenuhi kriteria sebagai berikut : mudah mengerti dan digunakan, memerlukan sedikit upaya pada pihak pasien, mudah dinilai dan sensitif terhadap perubahan kecil dalam intensitas nyeri.

Individu merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dialaminya dan karenanya harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatnya. Informasi yang diperlukan harus menggambarkan nyeri individual dalam beberapa cara (Brunner and Suddath, 2004) sebagai berikut :

- 1) Intensitas nyeri. Individu diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal (misalnya, dari nilai 0 sampai nilai 10, nilai 0 : tidak ada nyeri, nilai 10 : nyeri sangat hebat).
- 2) Karakteristik nyeri, termasuk letak, durasi, irama dan kualitasnya (nyeri seperti ditusuk, seperti terbakar, sakit, nyeri seperti digenjet).
- 3) Faktor-faktor yang meredakan nyeri misalnya gerakan kurang bergerak, pengurangan tenaga, istirahat, obat-obat bebas dan sebagainya.
- 4) Efek nyeri terhadap aktivitas kehidupan sehari-hari misalnya, tidur, nafsu makan, konsentrasi, interaksi dengan orang lain, gerakan fisik, bekerja dan aktivitas-aktivitas santai. Nyeri akut sering berkaitan dengan ansietas dan nyeri kronik dengan depresi.
- 5) Kekhawatiran individu tentang nyeri, meliputi berbagai masalah diantaranya seperti beban ekonomi, pengaruh terhadap peran dan perubahan citra diri.

Dalam pengkajian nyeri dapat juga digunakan :

- a) Skala Numerik. Skala Numerik tersebut berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm dan ujungnya mengindikasikan nyeri yang hebat.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gambar 1. Skala Numerik

Keterangan gambar adalah :

Angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri

Angka 0 sampai 3 menunjukkan nyeri ringan
sampai 7 menunjukkan nyeri sedang

Angka 8 sampai 10 menunjukkan nyeri yang amat sangat.

- b) Skala Keterangan

10, Sangat dan tidak dapat dikontrol oleh klien.

9, 8, 7 Sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien dengan aktifitas yang bisa dilakukan.

6 Nyeri seperti terbakar atau ditusuk - tusuk

5 Nyeri seperti tertekan atau bergerak.

4 Nyeri seperti kram atau kaku.

3 Nyeri seperti perih atau mules.

2 Nyeri seperti meliiti atau terpukul.

1 Nyeri seperti gatal, tersetrum atau nyut-nyutan.

0 Tidak ada nyeri.

Tipe Nyeri skala Keterangan :

10 Tipe nyeri sangat berat.

7-9 Tipe nyeri berat.

4-6 Tipe nyeri sedang.

1-3 Tipe nyeri ringan.

c) Skala Wajah

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak mengganggu	6 Mengganggu aktivitas	8 Sangat mengganggu	10 Tak tahan

Gambar 2. Skala nyeri dalam bentuk gambar

Keterangan :

0 Skala Tidak nyeri.

1-3 Skala Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 Skala Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasinya, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 Skala 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 nafas panjang dan distraksi

10 Skala Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

f. Manajemen nyeri pasca operasi

Manajemen nyeri pasca operasi adalah Pengelolaan menyeluruh untuk mengatasi nyeri pasca operasi. Penatalaksanaan nyeri pasca operasi terdapat 2 bagian yaitu:

1) Farmakologi

Prinsip penatalaksanaan pada nyeri adalah penilaian nyeri secara menyeluruh. Pemeriksaan harus percaya laporan nyeri penderita karena nyeri bersifat subjektif. Derajat nyeri penderita bisa ditentukan dengan skala nyeri 0 -10 dimana 0 tanpa nyeri dan 10 nyeri terberat.

Berikut ini merupakan 3 langkah dalam penatalaksanaan nyeri dengan farmakologi sebagai berikut :

a) untuk nyeri ringan dengan skala nyeri (1-4) :

Obat-obat nyeri non opioid, yaitu analgetik atau anti nyeri (asetaminofen), NSAID atau *Non Steroid Anti Inflammatory Drugs* (aspirin), adjuvant atau tambahan (antidepressant, antikonvulsan atau anti kejang, antimuntah).

b) untuk nyeri sedang skala nyeri (5-7) :

Opioid lemah ditambah dengan obat nyeri lainnya. Apabila dengan step 1 nyeri tidak berkurang, maka bisa diberikan narkotik dan kombinasi dengan step 1. Narkotik lemah seperti codein, darvon.

c) untuk nyeri hebat (8-10) :

Opioid kuat ditambah obat nyeri lainnya. Opioid kuat antara lain morfin, methadone, dilaudid, numorphanb.

2) Non farmakologi

Menurut Tamsuri (2006), selain tindakan farmakologis untuk menanggulangi nyeri ada pula tindakan non farmakologis untuk mengatasi nyeri terdiri dari beberapa tindakan penanganan berdasarkan:

a) Penanganan fisik/stimulasi fisik meliputi:

(1) Stimulasi kulit

Massase kulit memberikan efek penurunan kecemasan dan ketegangan otot. Rangsangan massase otot ini dipercaya akan merangsang serabut berdiameter besar, sehingga mampu memblok atau menurunkan impuls nyeri.

(2) Stimulasi elektrik (TENS)

Cara kerja dari system ini masih belum jelas, sehingga bisa memblok stimulasi nyeri. Bisa dilakukandengan messase, mandi air hangat , kompres

dengan kantong es dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS/ Transcutaneus electrical nerve stimulation). TENS merupakan stimulasi pada kulit dengan menggunakan arus listrik ringan yang dihantarkan melalui elektroda luar.

(3) Akupunktur

Akupunktur merupakan pengobatan yang sudah sejak lama digunakan untuk mengobati nyeri. Jarum-jarum kecil yang dimasukkan pada kulit, bertujuan menyentuh titik-titik tertentu, tergantung pada lokasi nyeri, yang dapat memblokir transmisi nyeri ke otak.

(4) Plasebo

Plasebo dalam bahasa latin berarti saya ingin menyenangkan merupakan zat tanpa kegiatan farmakologik dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai “obat” seperti kaplet, kapsul, cairan injeksi dan sebagainya.

b) Intervensi perilaku kognitif meliputi:

(1) Relaksasi

Relaksasi otot rangka dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri. Teknik relaksasi mungkin perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil optimal. Dengan relaksasi pasien dapat mengubah persepsi terhadap nyeri.

(2) Umpan balik biologis

Terapi perilaku yang dilakukan dengan memberikan individu informasi tentang respon nyeri fisiologis dan cara untuk melatih kontrol volunter terhadap respon tersebut. Terapi ini efektif untuk mengatasi ketegangan otot dan migren, dengan cara memasang elektroda pada pelipis.

(3) Hipnotis

Membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif.

(4) Distraksi

Mengalihkan perhatian terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang. Distraksi visual (melihat TV atau pertandingan bola), distraksi audio (mendengar musik), distraksi sentuhan (massase, memegang mainan), distraksi intelektual (merangkai puzzle, main catur).

(5) Guided Imagery (imajinasi terbimbing)

Meminta klien berimajinasi membayangkan hal-hal yang menyenangkan, tindakan ini memerlukan suasana dan ruangan yang tenang serta konsentrasi dari klien. Apabila klien mengalami kegelisahan, tindakan harus dihentikan. Tindakan ini dilakukan pada saat klien merasa nyaman dan tidak sedang nyeri akut.

(6) Aroma terapi

Aroma terapi adalah istilah generik bagi salah satu jenis pengobatan alternatif yang menggunakan bahan cairan tanaman yang mudah menguap, dikenal sebagai minyak esensial, dan senyawa aromatik lainnya dari tumbuhan yang bertujuan untuk mempengaruhi suasana hati atau kesehatan seseorang, yang sering digabungkan dengan praktek pengobatan alternatif dan kepercayaan kebatinan.

Berikut jenis aromaterapi dan manfaatnya :

- (a) Sandalwood (cendana), bermanfaat untuk menghilangkan rasa cemas dan aromanya sangat bermanfaat untuk meditasi.
- (b) Pepermint, bisa digunakan sebagai antiseptik, stimulan dan menghilangkan nyeri.
- (c) Lavender, agar memudahkan tidur, meredakan kegelisahan, mengatasi depresi, mengurangi perasaan ketegangan.
- (d) Camomile, bisa membuat rileks dan menenangkan serta menangkal radikal bebas yang bisa menyebabkan penuaan.
- (e) Eucalyptus, bisa digunakan untuk antiseptik, obat bengkak dan membantu masalah pernafasan.

(f) Strawberry, dapat meningkatkan selera makan, mengurangi penyakit jantung, tekanan darah tinggi dan kanker.

(g) Thyme, membantu pencegahan flu, demam, detoksifikasi racun dan mencegah infeksi, meredakan hidung tersumbat dan alergi sinus.

3. Pembedahan

a. Pengertian

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (Sjamsuhidajat, 2005). Pembukaan bagian tubuh ini umumnya menggunakan sayatan.

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer and Bare, 2002). Preoperatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer and Bare, 2002).

b. Tipe – tipe pembedahan

Menurut Barbara C (1996), tipe –tipe pembedahan antara lain :

- 1) Menurut lokasinya yaitu bedah internal dan eksternal.
- 2) Menurut luas jaringannya yaitu bedah mayor dan minor.

a) Mayor

Operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat resiko yang tinggi terhadap kelangsungan hidup klien.

b) Minor

Operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor.

3) Menurut tujuan tindakan bedah meliputi :

- a) Diagnostik, yaitu untuk menentukan sebagian gejala.
- b) Kuratif, yaitu untuk mengangkat bagian yang sakit.
- c) Restoratif, yaitu untuk memperkuat daerah pemulihan, memperbaiki deformitas dan menyambung daerah terpisah.
- d) Paliatif, yaitu untuk mengurangi gejala tanpa menyembuhkan penyakit.

4) Menurut tingkat urgensinya

a) Kedaruratan

Klien membutuhkan perhatian dengan segera, gangguan yang diakibatkannya diperkirakan dapat mengancam jiwa (kematian atau kecacatan fisik), tidak dapat ditunda.

b) Urgen

Klien membutuhkan perhatian segera, dilaksanakan 24-30 jam.

c) Diperlukan

Klien harus menjalani pembedahan, direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan.

d) Elektif

Klien harus dioperasi ketika diperlukan, tidak terlalu membahayakan jika tidak dilakukan.

e) Pilihan

Keputusan operasi atau tidaknya tergantung kepada klien (pilihan pribadi klien).

c. Faktor resiko pembedahan menurut Potter & Perry (2006) antara lain :

1) Usia

Pasien dengan usia yang terlalu muda (bayi/anak-anak) dan usia lanjut mempunyai resiko lebih besar. Hal ini diakibatkan cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun, sedangkan pada bayi dan anak-anak disebabkan oleh karena belum matur-nya semua fungsi organ.

2) Nutrisi

Kondisi malnutrisi dan obesitas/kegemukan lebih beresiko terhadap pembedahan dibandingkan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada orang malnutrisi maka orang tersebut mengalami defisiensi nutrisi yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka. Nutrisi-nutrisi tersebut antara lain adalah protein, kalori, air, vitamin C, vitamin B kompleks, vitamin A, Vitamin K, zat besi dan seng (diperlukan untuk sintesis protein).

Pada pasien yang mengalami obesitas. Selama pembedahan jaringan lemak, terutama sekali sangat rentan terhadap infeksi. Selain itu, obesitas meningkatkan permasalahan teknik dan mekanik. Oleh karenanya defisiensi dan infeksi luka, umum terjadi. Pasien obesitas

sering sulit dirawat karena tambahan berat badan, pasien bernafas tidak optimal saat berbaring miring dan karenanya mudah mengalami hipoventilasi dan komplikasi pulmonari pasca operatif. Selain itu, distensi abdomen, flebitis dan kardiovaskuler, endokrin, hepatic dan penyakit biliari terjadi lebih sering pada pasien obesitas.

3) Penyakit Kronis

Pada pasien yang menderita penyakit kardiovaskuler, diabetes, PPOM (Penyakit Paru Obstruksi Menahun), dan insufisiensi ginjal menjadi lebih sukar terkait dengan pemakaian energi kalori untuk penyembuhan primer. Dan juga pada penyakit ini banyak masalah sistemik yang mengganggu sehingga komplikasi pembedahan maupun pasca pembedahan sangat tinggi.

Ketidaksempurnaan respon neuroendokrin pada pasien yang mengalami gangguan fungsi endokrin, seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol, bahaya utama yang mengancam hidup pasien saat dilakukan pembedahan adalah terjadinya hipoglikemia yang mungkin terjadi selama pembiusan akibat agen anestesi, atau juga akibat masukan karbohidrat yang tidak adekuat pasca operasi atau pemberian insulin yang berlebihan. Bahaya lain yang mengancam adalah asidosis atau glukosuria. Pasien yang mendapat terapi kortikosteroid beresiko mengalami insufisiensi adrenal. Penggunaan obat-obatan kortikosteroid harus sepengetahuan dokter anestesi dan dokter bedah.

4) Merokok

Pasien dengan riwayat merokok biasanya akan mengalami gangguan vaskuler, terutama terjadi arterosklerosis pembuluh darah, yang akan meningkatkan tekanan darah sistemik.

5) Alkohol dan obat-obatan

Individu dengan riwayat alkoholik kronik seringkali menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik, seperti gangguan ginjal dan hepar yang akan meningkatkan resiko pembedahan.

d. Post operasi

Post berasal dari bahasa inggris yang berarti setelah. Tahap pasca bedah dimulai sejak pasien memasuki ruang pemulihan dan berakhir evaluasi (Barbara C, 1996).

Fokus utama pasien pasca operasi adalah mencegah komplikasi yang mungkin terjadi sedangkan harapan utama pasien terhadap hasil pembedahan adalah kembalinya kesehatan seperti semula namun hasilnya tidak sesuai harapan pasien dimana hasil pembedahan dapat mengancam kehidupan.

e. Pedoman Perawatan Post Operasi

Setelah operasi selesai, penderita tidak boleh ditinggalkan sampai ia sadar. Harus dijaga supaya jalan napas tetap bebas. Periode post operatif meliputi waktu dari akhir prosedur pada ruang operasi sampai pasien melanjutkan rutinitas normal dan gaya hidupnya.

Penderita yang menjalani operasi kecuali operasi kecil, keluar dari kamar operasi dengan infus intravena yang terdiri atas larutan NaCl 0,9% atau glukosa 5% yang diberikan berganti-ganti menurut rencana tertentu. Di kamar operasi (atau sesudah keluar dari situ) ia, jika perlu, diberi pula transfusi darah.

Pada waktu operasi penderita kehilangan sejumlah cairan, sehingga ia meninggalkan kamar operasi dengan defisit cairan. Oleh karena itu, biasanya pasca operasi minum air dibatasi, sehingga perlu pengawasan keseimbangan antara cairan yang masuk dengan infus, dan cairan yang keluar. Perlu dijaga jangan sampai terjadi dehidrasi, tetapi sebaliknya juga jangan terjadi kelebihan dengan akibat edema paru-paru. Untuk diketahui, air yang dikeluarkan dari badan dihitung dalam 24 jam berupa air kencing dan cairan yang keluar dengan muntah harus ditambah dengan evaporasi dari kulit dan pernapasan. Dapat diperkirakan bahwa dalam 24 jam sedikitnya 3 liter cairan harus dimasukkan untuk mengganti cairan yang keluar.

Sebagai akibat anestesi, penderita pascaoperasi biasanya enek, kadang sampai muntah. Ia tidak boleh minum, sampai rasa enek hilang sama sekali kemudian, ia boleh minum sedikit-sedikit, untuk lambat laun ditingkatkan. Dalam 24 sampai 48 jam pascaoperasi, hendaknya diberi makanan cair; sesudah itu, apalagi jika sudah keluar flatus, dapat diberi makanan lunak bergizi untuk lambat-laun menjadi makanan biasa.

Pada pascaoperasi peristaltik usus mengurang dan baru lambat laun pulih kembali. Pada hari kedua pascaoperasi biasanya usus bergerak lagi dengan gejala mules, kadang-kadang disertai dengan perut kembung sedikit. Pengeluaran flatus dapat dibantu dengan pemberian dosis kecil prostigmin, dengan teropong angin dimasukkan ke dalam rektum, dan kadang-kadang perlu diberikan klisma kecil terdiri atas 150 cc campuran minyak dan gliserin. Pemberian antibiotik pada pascaoperasi tergantung dari jenis operasi yang dilakukan. Misalnya, setelah kista ovarium kecil diangkat, tidak perlu diberi antibiotic akan tetapi sesudah histerektomi total dengan pembukaan vagina, sebaiknya obat tersebut diberikan.

Pasien dengan masalah kesehatan membutuhkan perawatan postoperatif dalam ICU untuk mendapatkan ventilasi jangka panjang dan monitoring sentral. Ketika pasien diserahkan kepada perawat harus disertai dengan laporan verbal mengenai kondisi pasien tersebut berupa kesimpulan operasi dan intruksi pasca operatif. Intruksi pasca operatif harus sesuai dengan elemen berikut :

1) Tanda Tanda Vital

Evaluasi tekanan darah, nadi, dan laju pernapasan dilakukan setiap 15-30 menit sampai pasien stabil kemudian setiap jam setelah itu paling tidak untuk 4-6 jam. Beberapa perubahan signifikan harus dilaporkan sesegera mungkin. Pengukuran ini, termasuk temperatur oral, yang harus direkam 4 kali sehari untuk rangkaian sisa pasca

operatif. Anjurkan pernapasan dalam setiap jam pada 12 jam pertama dan setiap 2-3 jam pada 12 jam berikutnya. Pemeriksaan spirometri dan pemeriksaan respirasi oleh terapis menjadi pilihan terbaik, utamanya pada pasien yang berumur tua, obesitas, atau sebaliknya pada pasien lainnya yang bersedia.

2) Perawatan Luka

Fokus penanganan luka adalah mempercepat penyembuhan luka dan meminimalkan komplikasi dan biaya perawatan. Fokus utama dalam penanganan luka adalah dengan evakuasi semua hematoma dan seroma dan mengobati infeksi yang menjadi penyebabnya. Perhatikan perdarahan yang terlalu banyak (inspeksi lapisan dinding abdomen atau perineal). Lakukan pemeriksaan hematokrit sehari setelah pembedahan mayor dan, jika perdarahan berlanjut, diindikasikan untuk pemeriksaan ulang. Luka abdomen harus diinspeksi setiap hari. Umumnya luka jahitan pada kulit dilepaskan 3-5 hari postoperasi dan digantikan dengan Steri-Strips. Idealnya, balutan luka diganti setiap hari dan diganti menggunakan bahan hidrasi yang baik. Pada luka yang nekrosis, digunakan balutan tipis untuk mengeringkan dan mengikat jaringan sekitarnya ke balutan dalam setiap penggantian balutan. Pembersihan yang sering harus dihindari karena hal tersebut menyebabkan jaringan vital terganggu dan memperlambat penyembuhan luka.

3) Penanganan Nyeri

Pengontrolan nyeri dilakukan dengan menggunakan analgetik secara intravena atau intratrakea utamanya untuk pembedahan abdomen terbuka. Kombinasi anestesi spinal-epidural dapat memanfaatkan anestesi spinal. Dengan anestesi spinal kontinu, pasien yang menjalani pembedahan mayor dibawah level umbilikus akan mendapatkan analgetik post operatif jangka panjang dan efektif. Kelanjutan dari pembedahan mayor, pemberian analgetik narkotik (contohnya : meperidin, 75-100 mg secara intramuscular setiap 4 jam, atau morfin, 10 mg intramuskuler setiap 4 jam) untuk mengontrol nyeri juga dibutuhkan.

Ketika pasien mentoleransikan intake oral dengan baik, regimen obatnya harus diganti menjadi analgetik oral dan harus didukung oleh ambulasi. Dua kelas besar untuk terapi non-opioid adalah acetaminophen dan obat-obat anti inflamasi (NSAIDs). Secara umum, obat-obat ini ditoleransi secara baik dan mempunyai resiko rendah terhadap efek samping yang serius. Meskipun demikian, acetaminophen bersifat toksik untuk hati jika digunakan dalam dosis yang besar. Dosis acetaminophen yang lebih dari 4.000 mg/hari harus dihindari, khususnya jika kombinasi terapi obat opioid dan non-opioid oral digunakan. Jika diberikan secara preoperatif, NSAIDs menurunkan nyeri pasca operasi dan mengurangi jumlah kebutuhan opiate (Adachi, 2007).

Meskipun efek samping dari opiat berupa depresi saluran pernapasan, mual serta muntah. Akan tetapi terapi opiat merupakan pilihan utama untuk mengelola nyeri sedang sampai berat. Ketiga obat opiat yang biasanya diresepkan setelah pembedahan adalah morfin, fentanil, dan hydromorfin.

4) Posisi Tempat Tidur

Pasien biasanya ditempatkan pada posisi miring untuk mengurangi inhalasi muntah atau mukus. Posisi lainnya yang diinginkan oleh ahli bedah harus dinyatakan dengan jelas, contohnya, posisi datar dengan kaki tempat tidur yang elevasi.

5) Selang Drainase

Hubungkan bladder dengan kateter untuk sistem drainase berdasarkan gravitasi. Penulisan intruksi untuk drainase postoperatif lainnya, penggunaan kateter suksion, permintaan tekanan negatif dan interval pengukuran volume drainase harus spesifik dan jelas.

6) Penggantian Cairan

Pemberian cairan secara oral atau intravena dibutuhkan. Untuk penentuan cara pemberian cairan pasien dibutuhkan, selalu ambil berdasarkan faktor-faktor jumlah seperti kehilangan cairan intraoperatif dan output urin, waktu pembedahan, penggantian cairan intraoperatif, dan jumlah cairan yang diterima pada waktu pemulihan. Meskipun setiap pasien dan jenis operasi berbeda, rata-rata pada pasien muda yang sehat mendapatkan penggantian cairan

intraoperatif sebanyak 2400 mL sampai 3 liter cairan kristaloid dan glukosa, seperti Dekstrose 5% dalam setengah larutan garam normal selama 24 jam pertama. Laju hidrasi intravena harus dilakukan secara individu, seperti banyak pasien lainnya yang memerlukan volume yang kurang dan menyebabkan cairan overload pada laju cairan yang lebih cepat. Pada pasien dengan fungsi ginjal normal, penggantian cairan adekuat dapat dinilai pada output urin paling tidak sebesar 30 mL/jam.

7) Diet

Tujuan utama pemberian makan setelah operasi adalah untuk meningkatkan fungsi imun dan mempercepat penyembuhan luka yang meminimalisir ketidakseimbangan metabolik. Dari penelitian random didapatkan bahwa pemberian makan harus sesuai dan bermanfaat. Untuk pembedahan minor, pemberian makanan dibutuhkan dan ditoleransi, ketika pasien sadar secara penuh. Ketidaksetujuan muncul berupa seberapa cepat kemajuan diet pasien setelah pembedahan major. Hal ini bersifat individual bergantung pada setiap pasien dan pada beberapa faktor. Satu cara kemungkinan yang dapat dilakukan pada pasien berupa isapan air pada hari pembedahan. Jangan berikan air es, karena dapat menurunkan motilitas usus secara signifikan. Berikan cairan encer pada hari pertama pasca operasi jika telah terdengar bunyi usus sampai udara usus keluar. Kemudian ganti makanan secara teratur. Waktu yang

dibutuhkan untuk pengembangan diet secara lengkap bergantung pada prosedur pembedahannya, durasi anestesi, dan variasi individu pasien. Pada dua penelitian random didapatkan bahwa pasien tertentu dapat diberikan makan sesegera mungkin 1 hari setelah operasi pembedahan ginekologi intra-abdomen.

Kurangnya asupan protein-kalori yang besar pada pasien yang mengalami pembedahan dapat menyebabkan gangguan pada penyembuhan luka, penurunan fungsi jantung dan paru, perkembangan bakteri yang berlebih dalam traktus gastrointestinal, dan komplikasi lainnya yang menambah jumlah hari rawat inap dan morbiditas pasien (Elwyn, 1975; Kinney, 1986; Seidner, 1996) dalam Wiknjosastro, 2005. Jika substansial intake kalori terlambat diberikan dalam 7-10 hari, maka perlu pemberian makanan tambahan. Berikut ini adalah kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan setelah operasi.

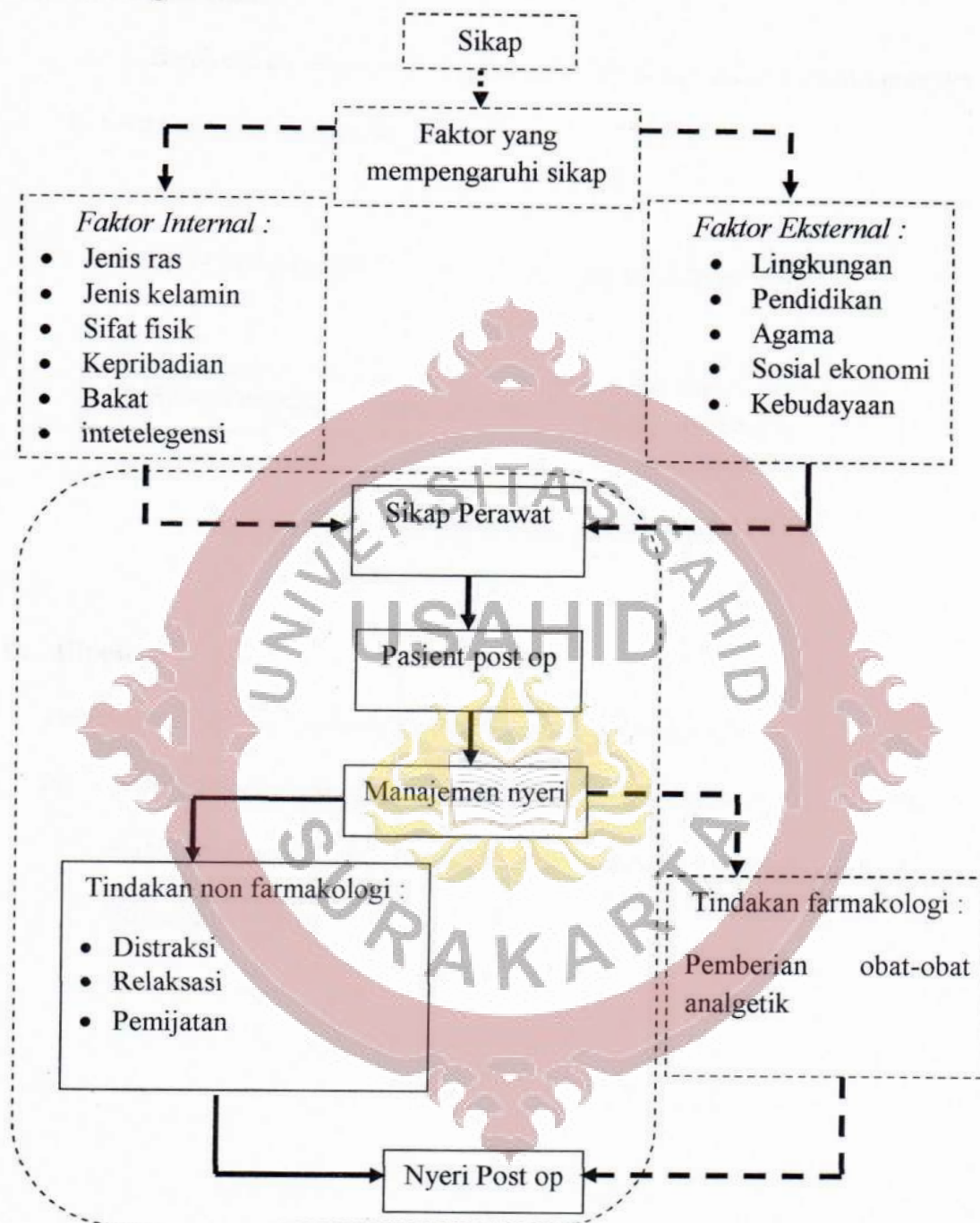
8) Kebutuhan Nutrisi Setelah Operasi

Karena tidak adanya kontraindikasi, pemberian nutrisi secara enteral lebih dipilih dibanding rute parenteral, khususnya jika terdapat komplikasi infeksi (Kudsk, 1992; Moore, 1992) dalam Wiknjosastro, 2005. Keuntungan lain dari nutrisi enteral adalah penurunan biaya penyembuhan (Nehra, 2002) dalam Wiknjosastro, 2005. Setelah operasi telah ditemukan efektif, dimulai sesegera mungkin setelah operasi. Makan segera setelah operasi telah

menunjukkan peningkatan penyembuhan luka, merangsang motilitas usus, menurunkan stasis usus, meningkatkan aliran darah usus, dan merangsang refleks sekresi hormon gastrointestinal yang dapat mempermudah kerja usus setelah operasi (Anderson, 2003; Braga, 2002; Correia, 2004; Lewis, 2001) dalam Wiknjosastro, 2005. Keputusan inisiasi “makan sesegera mungkin” dengan cairan atau makanan lunak telah diteliti secara prospektif (Jeffery, 1996) dalam Wiknjosastro, 2005.



B. Kerangka Teori

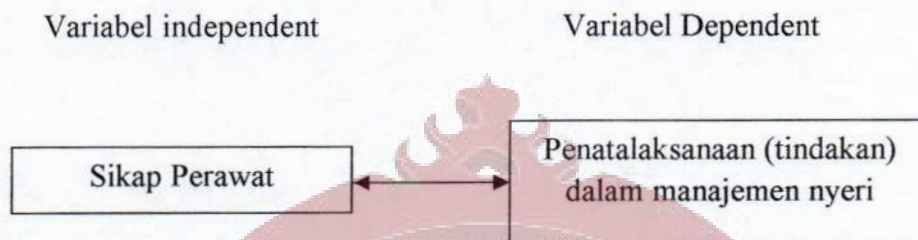


Gambar 3. Kerangka Teori

Keterangan : : tidak di teliti
 : di teliti

C. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas maka dapat digambarkan kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Gambar 4. Kerangka konsep Penelitian

D. Hipotesis

Dalam penelitian ini hipotesis-hipotesis penelitian antara lain :

Ha : Ada hubungan antara sikap perawat terhadap tindakan perawat dalam manajemen nyeri pada pasien post op di ruang bedah RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.