

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan teori

1. Nyeri

a. Pengertian nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer & Bare 2002).

Nyeri adalah suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007).

Nyeri merupakan suatu perasaan yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh stimulus fisik, mekanik, kimia, elektrik pada ujung-ujung saraf, serta tidak dapat diserahterimakan kepada orang lain. Nyeri sebagai keadaan penderitaan seseorang yang menderita kehilangan, suatu keadaan distress berat yang mengancam keutuhan seseorang (Dancowles *cit* Mander, 2003).

Dari pengertian-pengertian tentang nyeri yang telah disebutkan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan perasaan atau sensasi tidak menyenangkan baik diekspresikan secara verbal dan atau non verbal yang merupakan pertanda bahwa tubuh telah mengalami kerusakan oleh suatu cedera dan juga merupakan emosional individu. Nyeri pada dasarnya merupakan perasaan

yang bersifat subyektif sehingga menyebabkan individu beraksi untuk menghilangkan nyeri tersebut.

b. Fisiologi Nyeri

Fisiologi nyeri merupakan alur terjadinya nyeri dalam tubuh. Rasa nyeri merupakan mekanisme yang terjadi dalam tubuh yang melibatkan fungsi organ tubuh, terutama system saraf sebagai reseptor rasa nyeri. Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial (*International Association for study of Pain/IASP dalam Sudoyo, 2006*)

c. Proses perjalanan nyeri

Ada empat proses yang terjadi pada perjalanan nyeri yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) *Transduksi* merupakan proses perubahan rangsang nyeri menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Rangsang ini dapat berupa stimulasi fisik, kimia, panas, terjadi diseluruh jalur nyeri.
- 2) *Transmisi* adalah proses penyaluran impuls listrik yang dihasilkan oleh proses transduksi sepanjang jalur nyeri, dimana molekul celah sinaptik menransmisi informasi dari satu neuron ke neuron berikutnya.
- 3) *Modulasi* adalah proses modifikasi terhadap rangsang. Modifikasi ini dapat terjadi pada sepanjang titik dari sejak transmisi pertama sampai ke korteks serebri. Modifikasi ini dapat berupa augmentasi (peningkatan) ataupun inhibisi (penghambatan).

- 4) *Persepsi* adalah proses terakhir saat stimulasi tersebut sudah mencapai korteks, sehingga mencapai tingkat kesadaran, selanjutnya diterjemahkan dan ditindaklanjuti berupa tanggapan terhadap nyeri tersebut.

Nyeri dimulai dari stimulus *nosiseptor* oleh stimulus *noxious* pada jaringan yang kemudian mengakibatkan stimulus *noxious* akan dirubah menjadi potensial aksi. Proses ini disebut transduksi atau aktivitas reseptor, selanjutnya potensial aksi akan ditransmisikan menuju neuron susunan saraf pusat yang berhubungan dengan nyeri. Tahap pertama transmisi adalah kondisi impuls dari neuron aferen primer ke kornu dorsalis medulla spinalis, pada kornu dorsalis inilah, neuron aferen primer bersinap dengan neuron susunan saraf pusat, jaringan tersebut akan naik keatas dari medulla spinalis menuju batang otak dan talamus. Kemudian akan terjadi hubungan timbal balik antara talamus dan pusat-pusat yang lebih tinggi di otak yang mengurus respon persepsi dan afektif yang berhubungan dengan nyeri (Setiyohadi, 2006)

d. Reseptor Nyeri dan Stimulusnya

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *nosiseptor* (Tamsuri, 2003).

Kapasitas jaringan menimbulkan nyeri apabila jaringan tersebut mendapat rangsangan yang mengganggu tergantung pada keberadaan *nosisseptor*. *Nosisseptor* adalah saraf aferen primer untuk menerima dan menyalurkan rangsangan nyeri. Ujung-ujung saraf bebas berfungsi sebagai reseptor yang peka terhadap rangsang. Distribusi *nosisseptor* dengan jumlah terbesar terdapat di kulit. *Nosisseptor* terletak di jaringan subkutis, otot rangka, sendi. Reseptor nyeri visera tidak terdapat di parenkim organ internal itu sendiri, tetapi di permukaan peritoneum, membran pleura, durameter dan dinding pembuluh darah (Price & Wilson, 2005).

Rangsangan nyeri terdiri dari rangsangan nyeri mekanik, nyeri suhu dan nyeri kimiawi. Zat kimia yang merangsang nyeri kimiawi diantaranya bradikinin, serotonin, histamine, ion kalium, asetilkolin, enzim proteolitik. Selain itu, prostaglandin dan substansi P meningkatkan sensitivitas ujung serabut nyeri tetapi tidak secara langsung merangsangnya. Substansi kimia terutama penting untuk perangsangan lambat, jenis rasa nyeri yang menusuk yang terjadi setelah cedera jaringan. Berbeda dengan kebanyakan reseptor sensorik tubuh lainnya, reseptor rasa nyeri sedikit sekali beradaptasi dan kadang-kadang tidak beradaptasi sama sekali. Ternyata pada beberapa kondisi, eksitasi serabut rasa nyeri menjadi semakin bertambah secara progresif terutama pada rasa nyeri berlangsung terus menerus. Keadaan ini akan meningkatkan reseptor rasa nyeri dan disebut *hiperalges* (Guyton & Hall, 2008).

e. **Teori Pengontrolan Nyeri (*Gate Control Theory*)**

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana *noreseptor* dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun teori gerbang kendali nyeri dianggap paling relevan (Tamsuri, 2007)

Teori gate control dari Melzack dan Wall (1965) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Suatu keseimbangan aktifitas dari neuron sensorik dan serabut *control descendens* dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C, melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat *mekanoreseptor*, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A akan menutup mekanisme pertahanan. Diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung pasien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi *mekanoreseptor*, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta-A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat korteks yang

lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desendens melepaskan opiate endogen, seperti *endorfin* dan *dinorfin*, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. *Neuromodulator* ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan *endorfin* (Potter, 2005).

f. Klasifikasi nyeri

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan etiologi :

- a) Nyeri fisiologik
- b) Nyeri inflamasi
- c) Nyeri neuropatik
- d) Nyeri psikogenik

Pasien dengan nyeri fisiologi jarang sampai periksa ke dokter, nyeri mudah hilang dengan analgetik ringan atau pengobatan, misalnya gigitan nyamuk. Keluhan nyeri yang dapat memaksa penderita itu mengunjungi dokter adalah pasien dengan nyeri inflamasi dan nyeri neuropatik, keduanya sering disebut nyeri klinis. Diagnosis nyeri psikogenik ditegakkan bila dalam berbagai pemeriksaan fisik diagnostik tidak ditemukan adanya kelainan somatik yang obyektif sebagai penyebab nyeri (Setyaningsih, 2005).

2) Klasifikasi nyeri berdasarkan waktu kejadian

Menurut Tamsuri (2007) klasifikasi nyeri berdasarkan waktu dibagi :

- a) Nyeri akut

Nyeri yang terjadi dalam waktu 1 detik sampai dengan kurang dari 6 bulan, umumnya terjadi segera setelah cedera, penyakit akut atau operasi dengan awitan cepat. Dapat hilang dengan sendirinya atau tanpa tindakan setelah kerusakan jaringan sembuh.

b) Nyeri kronik

Nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari 6 bulan, umumnya timbul tidak tentu, intermitten bahkan persisten. Nyeri kronik dapat menyebabkan klien merasa putus asa dan frustrasi. Nyeri ini dapat menyebabkan kelelahan fisik dan mental misalnya Pada Pasien kanker.

3) Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi.

Menurut Tamsuri (2007) dibagi menjadi enam yaitu :

a) Nyeri Superficial

Akibat stimulasi terhadap kulit seperti pada laserasi, luka bakar dan sebagainya durasi pendek, lokalisasi, sensasi tajam.

b) Nyeri somatik dalam (*deep somatic pain*)

Terjadi pada otot dan tulang serta struktur penyokong lainnya, nyeri bersifat tumpul dan distimulasi dengan adanya peregangan dan iskemia.

c) Nyeri visceral

Nyeri disebabkan oleh kerusakan organ internal, bersifat difus, durasi lama, sensasi tumpul.

d) Nyeri sebar (radiasi)

Sensasi nyeri yang meluas dari daerah rasa ke jaringan sekitar.

e) Nyeri fantom

Nyeri khusus pada pasien amputasi yang seolah-olah organnya masih ada misalnya amputasi ekstremitas, operasi payudara.

f) Nyeri alih (*Reffered Pain*)

Timbul akibat nyeri viseral yang menjalar ke organ lain, sehingga di rasakan nyeri pada beberapa lokasi.

4) Klasifikasi nyeri berdasarkan organ

Menurut Tamsuri (2007) nyeri dibagi menjadi tiga, yaitu :

a) Nyeri organik

Nyeri akibat karena kerusakan (aktual atau potensial) organ.

Penyebabnya adalah cedera, penyakit, pembedahan pada organ.

b) Nyeri neurogenik

Nyeri akibat gangguan neuron seperti pada neuralgia.

c) Nyeri Psikogenik

Nyeri akibat factor psikologis contoh : cemas, takut.

5) Klasifikasi nyeri berdasarkan intensitas nyeri

Menurut (Potter dan Perry, 2006) nyeri dibedakan menjadi :

a) Tidak ada nyeri (skala nol)

b) Nyeri ringan (skala nyeri numerikal antara 1-3)

c) Nyeri sedang (skala nyeri numerikal antara 4 -6)

d) Nyeri berat (skala nyeri numerikal antara 7-9)

e) Nyeri tidak tertahankan (skala nyeri 10)

g. Efek Nyeri

Sensasi nyeri menimbulkan efek terhadap individu yang merasakan, meliputi (Potter & Perry 2005) :

1) Tanda dan gejala fisik akibat nyeri

Respon fisiologi menunjukkan ancaman yang potensial terhadap kesenjangan hidup, meningkatkan denyut jantung, tekanan darah, frekuensi nafas.

2) Efek Perilaku

Terdapat indikator perilaku efek nyeri diantaranya :

a) Vokalisasi

Mengeluh menangis, sesak nafas mendengkur.

b) Ekspresi Wajah

Meringis, menggeletukkan gigi, mengernyitkan dahi, menutup mata dan mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar menggigit bibir.

c) Gerakan tubuh

Gelisah, imobilisasi ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, aktivitas melangkah yang tunggal ketika berlari atau berjalan, gerakan menggosok, gerakan melindungi anggota tubuh.

d) Interaksi sosial

Menghindari percakapan, fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri, menghindari kontak sosial, penurunan tentang perhatian.

3) Efek pada aktivitas keseharian

Nyeri dapat membatasi mobilisasi. Aktivitas terancam adanya nyeri.

h. Karakteristik nyeri

Menurut Potter & Perry (2006) adalah :

1) Lokasi

Perawat meminta pasien menunjukkan area nyeri. Hal ini sulit dilakukan apabila nyeri bersifat difus, meliputi beberapa tempat, melibatkan segmen terbesar tubuh.

2) Awitan dan durasi.

Siklus waktu nyeri membantu perawat mengetahui kapan harus melakukan intervensi sebelum terjadi nyeri lebih buruk.

3) Keparahan.

Klien diminta mendeskripsikan nyeri sebagai : ringan, sedang, parah.

4) Kualitas

Nyeri seringkali tidak dapat dijelaskan, klien mendeskripsikan nyeri sebagai sensasi remuk, berdenyut, tajam, tumpul.

5) Pola nyeri

Klien mendemonstrasikan aktivitas yang menimbulkan respon nyeri yang akan mempermudah perawat mengintervensi untuk mencegah supaya nyeri tidak terjadi atau tidak semakin memburuk.

i. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri khususnya pada anak dan lansia. Pada anak kecil, mengalami kesulitan memahami nyeri,

sedangkan lansia yang mengalami nyeri perlu dilakukan pengkajian diagnosis dan penatalaksanaan secara agresif.

Individu yang berusia lanjut memiliki resiko tinggi mengalami situasi yang membuat mereka merasakan nyeri (Potter & Perry, 2006).

2) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespons terhadap nyeri. Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi objek penelitian yang melibatkan pria dan wanita. Akan tetapi toleransi ini dipengaruhi faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin (Potter & Perry, 2006).

3) Jenis analgetik

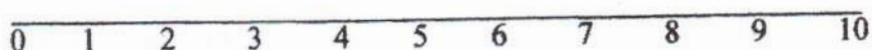
Beberapa agen farmakologi digunakan untuk menangani nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri efek farmakologi obat tertentu (Potter & Perry, 2006).

4) Riwayat operasi

Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respon fisik dan psikologis klien terhadap prosedur pembedahan. Perawat mengkaji semua komplikasi yang pernah dialami klien. Informasi ini membantu mengantisipasi kebutuhan selama pre operasi dan post operasi. Pembedahan sebelumnya juga dapat mempengaruhi tingkat perawatan fisik yang dibutuhkan klien setelah menjalani pembedahan (Potter & Perry, 2006).

j. Pengukuran nyeri

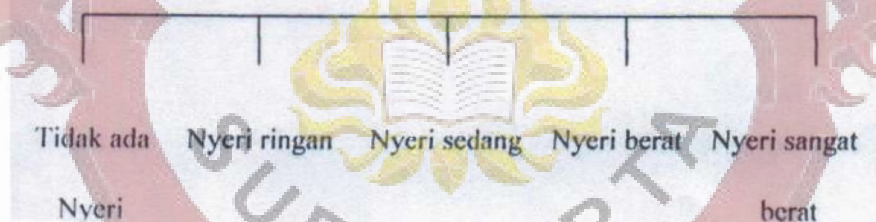
1) Skala Nyeri numerik



Gambar 2.1

Numerical Rating Scale (NRS) adalah pengukuran nyeri dimana klien diminta untuk memberikan angka 1 sampai 10. Nol artinya tidak ada nyeri sedangkan angka 10 artinya nyeri yang hebat dan tidak tertahankan oleh klien. Pengukuran ini lebih mudah dipahami klien, baik diberikan secara lisan maupun dengan mengisi form kuesioner (Setiyohadi, 2006).

2) Verbal Deskriptor Skala (VDS)



Gambar 2.2

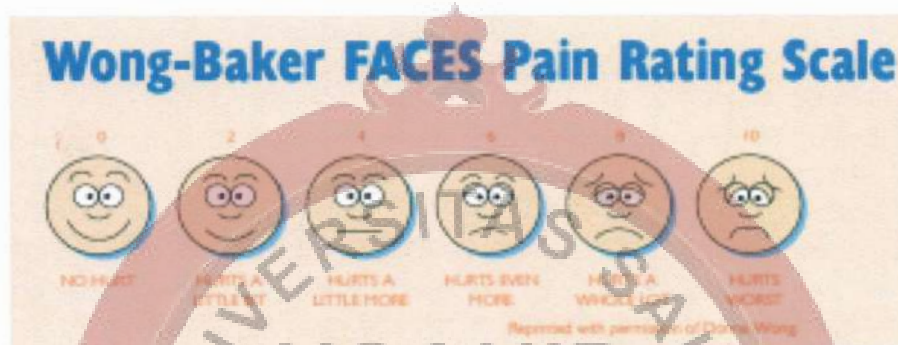
Terdiri dari sebuah garis lurus berupa urutan angka 0-5 dengan arti tidak ada nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri hebat, nyeri sangat hebat, paling hebat (Smeltzer & Bare, 2002).

3) Visual Analog Scale (VAS)

Skala berupa garis lurus sepanjang 10 cm (100 mm) dengan menggambarkan verbal pada masing-masing ujungnya, seperti angka 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri terhebat). Nilai VAS 0 - <4 = nyeri ringan, 4 - <7 = nyeri sedang dan 7-10 = nyeri berat.

4) *Wong Baker Faces Pain Scale*

yaitu skala 6 wajah terdiri dari seseorang yang tersenyum (tak ada nyeri) meningkat ke wajah yang kurang bahagia hingga ke wajah, yang sedih, wajah penuh air mata (Potter & Perry,2006).



Gambar 2.3

k. Penatalaksanaan nyeri

1) Manajemen farmakologi

Secara umum obat, untuk nyeri adalah analgesik yang terbagi 2 golongan yaitu analgesik narkotik dan analgesik non narkotik.

Selain itu juga ada adjuvant (Smelltzedr & Bare.2002).

Manajemen nyeri yang adekuat adalah manajemen nyeri yang melibatkan satu atau lebih dari kelompok analgetik. Berbagai uji coba dan pengalaman menunjukkan bahwa kebutuhan untuk menggunakan dosis yang lebih tinggi dari analgetik golongan narkotika akan berkurang, jika kombinasi dari kelompok yang berbeda tersebut dilakukan (Agus & Triyanto,2004)

a) Analgetik golongan non narkotik

Contoh : Aspirin, asetaminopen, NSAID (*Non Steroid Anti Inflammatory Drugs*) obat inhibitor COX-2 (*Cyclo Oxygenase-2*) Biasanya obat ini sering digunakan untuk nyeri pertama bagi kategori ringan sampai sedang. Salah satu NSAID yang sering digunakan adalah ibuprofen. Penggunaan jangka panjang dari NSAID dosis tinggi dapat menyebabkan gagal ginjal, efek samping lainnya dari aspirin, asetaminopen dan NSAID adalah gangguan gastro intestinal (Agus & Triyanto.2004).

b) Analgetik golongan narkotik

Terbagi 2 yaitu analgetik golongan narkotik lemah dan golongan narkotik kuat (Agus& Triyanto,2004).

c) Adjuvan

Contoh : anti depresan, anti konvulsi, kortikosteroid, anti aritmia, agonis GABA (*Gamma Amino Butyric Acid*) antihistamin, anestesi topical (Agus& Triyanto 2004)

2) Manajemen non farmakologik

Nyeri dapat mempengaruhi aspek kehidupan pasien, karena itu diperlukan berbagai macam pendekatan yang tidak hanya terbatas pada farmakologi saja. Telah lama diketahui bahwa pendekatan non farmakologi seringkali dipadukan dengan pendekatan farmakologi (Agus & Trivanto,2004).

Pendekatan non farmakologik diantaranya adalah :

a) Distraksi

Adalah mengalihkan perhatian contohnya distraksi audio (mendengarkan musik), distraksi sentuhan (memegang mainan), distraksi intelektual (bermain puzzle, catur).

b) Masase kulit

Adalah stimulasi pada kulit yang dilakukan untuk mengurangi nyeri (Potter dan Perry, 2006). Masase kulit dapat menggunakan *ointment* (balsam gosok) *liniment* (obat cair gosok) yang mengandung mentol yang membantu mencapai pengurangan nyeri. Balsem akan menimbulkan sensasi hangat segera setelah pemberian (Tamsuri,2006).

c) Biofeedback

Memberikan informasi tentang respon psikologis tubuh terhadap nyeri dan mengendalikannya secara involunter respon tersebut (Tamsuri,2006).

d) Accupressure

Akupresure adalah akupuntur tanpa jarum. Dikenal sejak budaya cina kuno pada dinasti Shang. Teknik akupuntur digunakan untuk mengobati berbagai macam penyakit, yang prinsipnya merangsang titik dalam tubuh, menekan hingga ke titik saraf. Jenis tekanan jari : tekan putar, tekan titik, tekan lurus akupresur (Harper, 2006 *cit* Emei,2007)

e) Relaksasi

Merupakan upaya sejenak melupakan kecemasan, mengistirahatkan Fungsi fisik dan mental sehingga menjadi rileks (Suryani,2000).

2. Relaksasi

a. Pengertian

- 1) Relaksasi adalah kegiatan untuk mengendurkan ketegangan, pertama-tama ketegangan jasmaniah yang nantinya akan berdampak Pada penurunan ketegangan jiwa (Wiramihardja,2006).

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronik dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer & Bare,2002).

- 2) Relaksasi adalah teknik dalam terapi perilaku yang dikembangkan oleh Jacobson dan Wolpel untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan (Ramdhani & Putra,2006).
- 3) Relaksasi adalah status hilang dari tegangan otot rangka dimana individu mencapainya melalui praktik teknik yang disengaja, penggunaan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan otot, mengurangi nyeri juga membantu pasien yang mengalami gangguan pola tidur (Carpenito,2000).

b. Prinsip- prinsip teknik relaksasi

- 1) Teknik relaksasi adalah seni ketrampilan dan pengetahuan, sehingga ketika seseorang berusaha meraih kesehatan lahir batinnya, dianjurkan untuk memahami benar apa yang akan dianjurkan dan apa yang akan diharapkan.

- 2) Relaksasi bisa menjadi kegiatan harian yang rutin sehingga semakin sering dan teratur teknik ini diterapkan maka diri konseli akan semakin rileks.

c. Manfaat teknik relaksasi :

Menurut Welker dkk dalam Karyono, 1994 antara lain :

- 1) Memberikan ketenangan batin bagi individu.
- 2) Mengurangi rasa cemas dan khawatir.
- 3) Mengurangi tekanan dan ketegangan jiwa.
- 4) Tekanan darah, detak jantung lebih baik, tidur lebih nyenyak.
- 5) Ketahanan lebih kuat terhadap penyakit.
- 6) Kesehatan mental dan daya ingat menjadi lebih baik.
- 7) Meningkatkan kreativitas, daya pikir logis, optimis.
- 8) Mengurangi hiperaktif pada anak, mengontrol gagap.

d. Jenis-jenis teknis relaksasi :

- 1) Teknik relaksasi meditasi

Teknik relaksasi meditasi adalah latihan sehingga upaya memusatkan perhatian pada satu hal sebagai mantra meditasi. Pandangan satu objek tertentu yang menemukan titik fokus yang menyenangkan dan menenangkan adalah naik turunnya pernafasan.

- 2) Teknik relaksasi *guided imagery*

Adalah relaksasi dengan posisi duduk atau berbaring dengan mata terpejam, fokuskan perhatian atau membayangkan pengalaman atau

hal yang menyenangkan. Bila perhatian mulai pudar, fokuskan kembali dan ulangi beberapa kali hingga rileks.

3) Teknik relaksasi nafas dalam (*deep breathing*)

Adalah terapi relaksasi dengan mengontrol pernafasan yang tepat efektif menurunkan depresi, ansietas, sifat mudah marah atau mudah tersinggung (Tracey Kelly,2004).

Relaksasi yang bersifat respiratoris dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan seperti tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat dan dalam (Sutardjo,2004)

4) Teknik relaksasi terapi musik

Terapi ini tidak membutuhkan latihan atau konsentrasi oleh pasien. Kepuasan mendengarkan musik merupakan suatu intervensi yang ideal bagi pasien dengan penyakit kritis dan energi yang rendah untuk bergerak. (Chlan & Tracey Kelly,2001)

5) Teknik relaksasi Progresif

Teknik relaksasi progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan rileks.

Langkah-langkah teknik relaksasi progresif :**a) Gerakan pertama untuk melatih otot tangan**

Cara : menggenggam tangan kiri dengan membuat satu kepalan, saat kepalan dilepaskan, klien dipandu rileks 10 detik, berikutnya untuk tangan kanan. Gerakan dilakukan 2x.



Gambar 2.4

b) Gerakan kedua untuk melatih otot tangan bagian belakang

Cara : menekuk kedua tangan dan pergelangan ke belakang, sehingga otot ditangan bagian belakang dan lengan bawah menegang jari-jari menghadap ke langit.



Gambar 2.5

c) Gerakan ketiga untuk melatih otot-otot biceps

Cara : menggenggam kedua tangan membuat kepalan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps menjadi tegang.

Gambar 2.6



d) Gerakan keempat untuk melatih otot bahu

Cara : mengangkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan menyentuh ke telinga. Fokus Gerakan di bahu, punggung atas, leher.

Gambar 2.7



- e) Gerakan kelima sampai kedelapan untuk melatih otot wajah yang meliputi otot dahi, mata, rahang, mulut.

Gerakan kelima : mengerutkan dahi dan alis sehingga ototnya terasa dan kulitnya keriput, keadaan mata terpejam.



Gambar 2.8

- f) Gerakan keenam

Cara : mengendurkan otot mata yang diawali dengan menutup mata keras-keras sehingga dapat dirasakan ketegangan sekitar mata dan otot mengendalikan gerakan mata. Dilakukan selama 10 detik.



Gambar 2.9

g) Gerakan ketujuh

Cara : mengendurkan ketegangan otot rahang dengan mengatupkan rahang diikuti menggigit gigi-gigi sehingga ketegangan terasa disekitar otot rahang.



Gambar 2.10

h) Gerakan kedelapan

Cara : mengendurkan otot mulut dengan bibir dimoncongkn sekuat-kuatnya sehingga dirasakan ketegangan sekitar mulut.



Gambar 2.11

- i) Gerakan kesembilan untuk otot leher bagian belakang

Cara : meletakkan kepala pada bantalan kursi seperti sikap beristirahat, sehingga terasa ketegangan dibagian belakang leher dan punggung.



Gambar 2.12

- j) Gerakan kesepuluh untuk otot leher bagian depan

Cara : membawa kepala kemuka kemudian membenamkan dagu ke dada, sehingga ketegangan di leher bagian depan.



Gambar 2.13

k) Gerakan kesebelas untuk melatih otot punggung

Cara : mengangkat tubuh dari sandaran kursi kemudian punggung dilengkungkan lalu busungkan dada selama 10 detik dan rileks, kemudian letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot kembali lemas.



Gambar 2.14

l) Gerakan keduabelas untuk melemaskan otot dada

Cara : menarik nafas panjang , ditahan beberapa saat sambil merasakan ketegangan dibagian dada turun ke perut. Pada saat ketegangan dilepas, klien dapat bernafas kembali. Dilakukan 2x.



Gambar 2.15

m) Gerakan ketigabelas untuk melatih otot perut

Cara : menarik kuat-kuat perut ke dalam, menahannya sampai perut tegang, dan keras selama 10 detik lalu dilepas bebas. Diulang 2x.



Gambar 2.16

n) Gerakan keempat belas untuk melatih otot paha.

Cara : meluruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.



Gambar 2.17

o) Gerakan kelima belas.

Cara : setelah meluruskan kedua telapak kaki dilanjutkan dengan mengunci lutut sehingga ketegangan pindah ke otot betis. Dilakukan selama 10 detik. Setiap gerakan diatas dilakukan 2x.

3. Pembedahan.

a. Pengertian

- 1). Pembedahan merupakan suatu tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan, dilakukan tindakan perbaikan selanjutnya diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidayat & Win, 2005).
- 2). Pembedahan dibedakan menjadi 2 yaitu bedah mayor dan bedah minor (Mansjoer,2000). Bedah Mayor adalah tindakan bedah besar yang menggunakan tindakan anestesi umum/general anestesi, memiliki resiko terhadap nyawa pasien, sedangkan bedah minor adalah tindakan bedah yang relatif lebih simpel, memiliki resiko terhadap nyawa pasien lebih ringan.

b. Respon pasien pasca operasi

1) Gangguan fungsi fisiologis

Dalam pembedahan, resiko tidak hanya mencakup prosedur bedah tetapi juga bahaya pasca operatif yang dapat memperpanjang penyembuhan atau secara merugikan mempengaruhi hasil pembedahan. Perawat mempunyai peran penting dalam pencegahan komplikasi dan berkolaborasi dengan

dokter serta anggota tim perawatan yang lain dalam penatalaksanaan komplikasi pasca operatif (Smeltzer & Bare, 2002). Luka bedah, pengaruh imobilisasi yang lama selama pembedahan berlangsung dan masa penyembuhan, serta pengaruh anestesi dan analgetik merupakan penyebab utama timbulnya komplikasi secara pasca operatif. Kegagalan klien berpartisipasi aktif dalam tahap pemulihan akan menambah resiko terjadinya komplikasi. Perawat harus memperhatikan hubungan antara seluruh system dengan terapi yang diberikan (Potter & Perry, 2006).

2) Stress

Perubahan citra tubuh dapat menyebabkan stress akibat nutrisi yang tidak kuat, gangguan sirkulasi dan perubahan metabolisme akan meningkatkan resiko lambatnya penyembuhan luka (Potter & Perry,2006). Gangguan Jiwa dapat ditemukan dalam berbagai bentuk pada anak, orang dewasa dan penderita usia lanjut pada pembedahan yang disertai mutilasi (Sjamsuhidayat & Win,2005).

3) Gangguan konsep diri

Penampilan luka, balutan tebal, drain serta selang yang menonjol keluar akan mengancam konsep diri klien. Biasanya klien menunjukkan rasa tidak senang dengan cara menolak bangun dari tidur tempat tidur. Rasa takut tidak mampu kembali

pada peran fungsional dalam keluarga dapat menyebabkan klien menolak asuhan keperawatan (Potter & Perry,2006).

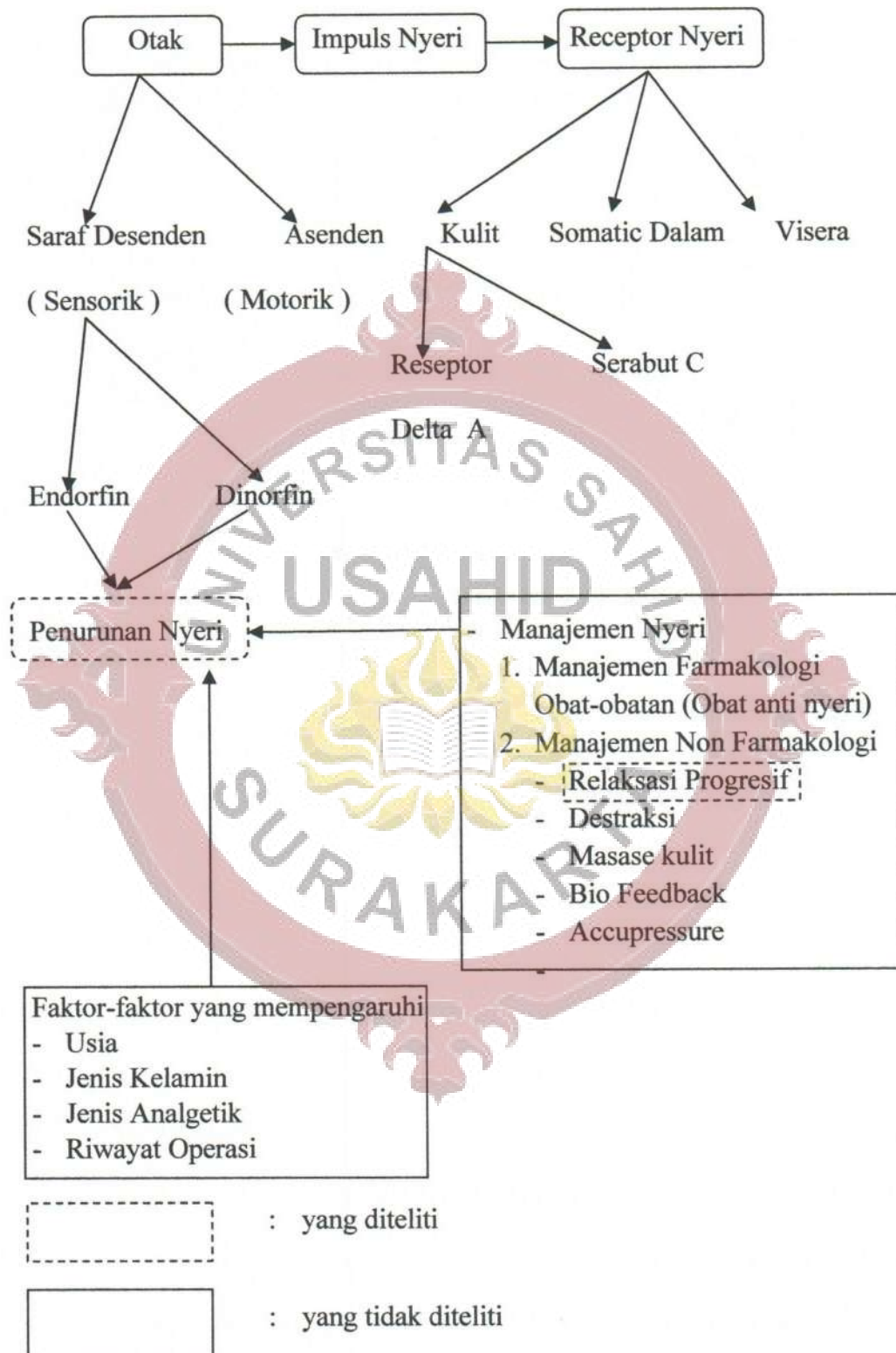
Keluarga menjadi bagian penting dalam upaya meningkatkan konsep diri pasien. Keluarga perlu menerima dan mendukung pasien untuk mandiri. Apabila kondisi pasien terminal, keluarga belajar membantu klien melalui proses berduka yang dirasakan sehingga klien dapat mencapai tahap menerima (Potter & Perry, 2006).

4) Nyeri pasca operasi

Nyeri setelah pembedahan adalah normal. Perawat memberi informasi kepada klien dan keluarga tentang terapi yang tersedia mengurangi nyeri. Perawat harus mendorong klien menggunakan analgetik sesuai kebutuhan. Apabila nyeri tidak terkontrol, klien akan sulit berpartisipasi dalam terapi pasca operatif (Potter & Perry,2006).

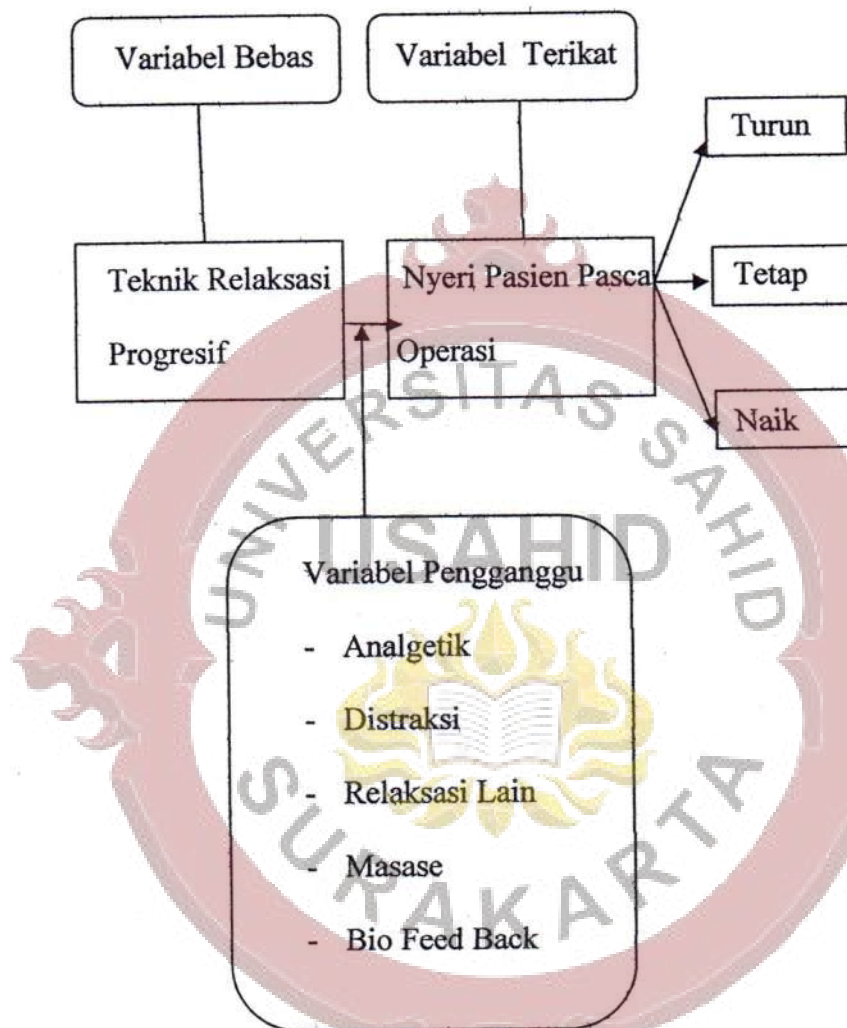
Nyeri yang dirasakan klien bedah meningkat seiring berkurangnya efek anestesi. Klien menyadari lingkungannya dan lebih sensitif terhadap rasa nyaman. Apabila obat pereda nyeri tidak dapat mengurangi nyeri klien, maka perawat berkolaborasi dengan dokter untuk memberi program tambahan. Perawat juga dapat menggunakan metode lain untuk mengatasi nyeri seperti pengaturan posisi, pijat punggung atau distraksi (Potter & Perry, 2006).

B. Kerangka teori



Gambar 18 : Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 19 : Kerangka konsep

D. Hipotesis

Dapat dibuat kesimpulan bahwa ada perbedaan pengaruh sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi progresif terhadap intensitas nyeri pasien pasca operasi di RS. Dr. R. Soetijono Blora.