

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Terapi Distraksi dan Relaksasi

2.1.1 Definisi Teknik Distraksi

Distraksi merupakan sistem aktivasi retikular yang dapat menghambat stimulus meyakini jika seseorang menerima masukan sensoris yang cukup ataupun berlebihan. Stimulus yang menyenangkan dapat melepaskan hormon endorfin. Distraksi merupakan kegiatan mengalihkan perhatian klien ke hal lain dan dengan demikian dapat menurunkan ketakutan terhadap nyeri bahkan dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Potter & Perry, 2012).

Teknik distraksi adalah suatu proses pengalihan dari fokus satu ke fokus yang lainnya atau perhatian pada nyeri ke stimulus yang lain. Distraksi digunakan untuk memfokuskan perhatian anak agar melupakan rasa nyerinya. Melalui teknik distraksi kita dapat menanggulangi nyeri yang didasarkan pada teori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulus nyeri. Jika seseorang menerima input sensoris yang banyak dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan sama sekali oleh pasien). Stimulus yang membahagiakan dari luar juga dapat merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh pasien berangsur-angsur menurun. Oleh karena itu, stimulasi penglihatan, pendengaran dan sentuhan barangkali akan lebih berhasil dalam

menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indera saja (Soeparmin, 2010).

2.1.2 Jenis Teknik Distraksi

Menurut Soeparmin (2010) teknik distraksi dibagi menjadi 5, yaitu:

1. Distraksi Visual dan Audio visual

Cara yang sering di gunakan pada teknik ini adalah dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang digemari seperti: melihat film keluarga, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, melihat gambar-gambar, dan melihat buku cerita bergambar, bermain game.

Teknik audio visual adalah salah satu teknik yang efektif dalam melakukan pendekatan pada anak. Cara ini digunakan dengan cara mengalihkan perhatian anak pada hal – hal yang disukai seperti menonton animasi animasi.

2. Distraksi pendengaran

Seperti mendengarkan music, mendengarkan radio yang disukai atau suara burung dan binatang yang lainnya serta gemericik air. Individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik, bacaan ayat ayat suci, dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu.

Pasien juga diperkenankan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama musik seperti, menngeleng gelengkan kepala, menggerakkan jari-jemari atau mengayun ayunkan kaki.

Salah satu distraksi yang efektif adalah dengan mendengarkan musik, cara ini dapat menurunkan nyeri fisiologis, stress, dan kecemasan dengan mengalihkan perhatian seseorang dari rasa nyeri. Musik terbukti dapat menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan dan depresi, menghilangkan nyeri, menurunkan tekanan darah, dan mengubah persepsi waktu (Guzetta, 1989) dalam (Potter & Perry, 2012). Perawat dapat menerapkan teknik distraksi dengan mendengarkan musik di berbagai situasi klinis.

3. Distraksi pendengaran

Bernafas ritmik dianjurkan pada pasien untuk memandangi fokus pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan mundur 4 – 1 dan kemudian mengeluarkan nafas melalui mulut secara perlahan dengan menghitung mundur 4 – 1 (dalam hati). Anjurkan pasien untuk fokus pada irama pernafasan dan terhadap gambar yang memberi ketenangan, teknik ini dilakukan hingga terbentuk pola pernafasan yang ritmik.

4. Distraksi intelektual

Kegiatan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, bermain catur melakukan kegiatan yang di gemari (di tempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menggambar dan menulis cerita.

5. Imajinasi terbimbing

Adalah kegiatan anak membuat suatu hayalan yang menyenangkan dan fokuskan diri pada bayangan tersebut serta berangsur-angsur melupakan diri dari perhatian terhadap rasa nyeri. Imajinasi terbimbing membuat anak sibuk memusatkan perhatiannya pada suatu aktivitas yang menarik dan menyenangkan, dan merubah persepsi rasa sakit.

2.1.3 Definisi Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Potter & Perry (2012) relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi dapat memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Teknik ini dapat digunakan pada kondisi sehat dan sakit.

Pengertian teknik distraksi nafas dalam adalah bentuk asuhan keperawatan, hal ini perawat mengajarkan cara teknik distraksi nafas dalam, nafas berlahan dan menghembuskan nafas secara berangsur-angsur, hal tersebut dapat menurunkan rasa nyeri, ventilasi paru dapat meningkat dan oksigen darah meningkat (Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.4 Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Tujuan dari teknik relaksasi menurut Potter & Perry (2012) antara lain:

1. menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan.
2. penurunan konsumsi oksigen.
3. penurunan ketegangan otot.
4. penurunan kecepatan metabolisme.

5. peningkatan kesadaran secara umum.
6. kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan.
7. tidak ada perubahan posisi yang volunter.
8. perasaan damai dan sejahtera.
9. periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

Tujuan teknik distraksi nafas dalam ialah agar dapat meningkatkan ventilasi alveoli, menjaga pertukaran gas, mengurangi atelektasi paru, mengefektifkan batuk, mengurangi stress dan menurunkan kecemasan (Smeltzer & Bare, 2002). Pernapasan yang digunakan ialah pernafasan diafragma yang mengacu ke pendataran kubuh diafragma sampai abdomen mengalami pembesaran bagian atas desakan udara masuk selama inspirasi.

2.1.5 Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Teknik Distraksi Nafas Dalam

Teknik distraksi nafas dalam terhadap penurunan nyeri dan di percaya menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme:

1. Dengan mengendurkan otot-otot sekelet yang mengalami spasme yang di akibatkan meningginya prostaglandin dan menjadi vasodilatasi pembuluh darah akan mengalirkan ke spasme dan iskemik.
2. Teknik distraksi nafas dalam akan merangsang tubuh untuk melepaskan opiod endogen
3. Gampang di lakukan, tidak memerlukan alat dan dapat di lakukan sewaktu-waktu

Prinsip pokok yang mendasar turunnya nyeri oleh teknik distraksi nafas dalam terletak pada fisiologis sistem saraf otonom yang merupakan dari sistem saraf perifer yang menahan homestatis internal individu. Saat pelepasan mediator kimia seperti bradikinin yang akhirnya metabolise otot dan menimbulkan pengiraiamn implus nyeri dari medulla spinalis ke otak dan dan di rasakan sebagai nyeri.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri merupakan gejala utama yang paling sering membuat seseorang mencari pertolongan dokter. Nyeri merupakan rasa tidak nyaman, umumnya karena adanya perlakuan dalam tubuh, walaupun tidak sebatas itu. Nyeri juga dianggap sebagai racun di dalam tubuh, karena nyeri terjadi akibat adanya kerusakan jaringan atau saraf akan mengeluarkan berbagai mediator seperti H^+ , K^+ , ATP, prostaglandin, bradikinin, serotonin, substansia P, histamin, dan sitokain. Mediator kimiawi inilah yang membuat rasa tidak nyaman dan karenanya mediator – mediator ini disebut sebagai mediator nyeri (Suwondo, Meliala, & Sudadi, 2017).

Nyeri merupakan gejala *subjektif*, hanya klien yang dapat mendiskripsikan perasaannya. Nyeri tidak dapat di ukur secara obyektif oleh tenaga kesehatan. Seorang ahli teori nyeri yang masyhur, Margo McCaffery, memaklumkan dalam makalah klasiknya bahwa ”Nyeri adalah semua yang di katakana oleh indifidu yang di rasakanya sebagai nyeri, ada kapan pun individu tersebut mengatakan ada

”(McCaffery,1968). AHRQ (*Agency For Healthcare Research And Quality*) dalam pedoman praktik klinis untuk penatalaksanaan nyeri akut menyatakan bahwa “keluhan kelien adalah suatu parameter terbaik tentang nyeri”.

Definisi nyeri dalam kamus medis mencakup “perasaan distress, penderitaan, atau kesakitan, yang di sebabkan oleh stimulasi ujung saraf tertentu tujuan nyeri terutama adalah untuk mengamankan: nyeri bertindak sebagai suatu peringatan bahwa jaringan sedang mengalami kebobrokan dan meminta penderita untuk menghilangkan atau menarik diri dari sumber nyeri “(miller-keane & o’toole, 2003). NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) juga telah menyetujui nyeri sebagai sebuah diagnosis keperawatan spesifik (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Nyeri adalah mekanisme fisiologis yang mempunyai tujuan untuk melindungi diri. Apabila seseorang merasakan nyeri, maka perilakunya akan berubah. Contohnya, seseorang yang kakinya terkilir akan menghindari aktifitas mengangkat barang yang dapat memberi beban penuh pada kakinya dengan tujuan untuk mencegah cedera yang lebih lanjut (Potter & Perry, 2012).

2.2.2 Penyebab Nyeri

Individu yang merasa nyeri akan mencari pertolongan untuk meredakan ketidaknyamanan. Menentukan penyebab nyeri adalah kunci utama, sehingga terapi yang efektif dapat di mulai dengan segera penyebab nyeri bervareasi, dan kadang kala penyebab nyeri sulit atau

tidak di tentukan. Tanpa memperhatikan penyebab, asuhan keperawatan diharapkan pada upaya *meredakan* nyeri. Meredakan nyeri dan memberikan kenyamanan melalui pemberian obat dan sebagai intervensi adalah tanggung jawab keperawatan yang paling penting di lakukan.

Beberapa factor dapat memulai respons nyeri. Penyebab nyeri pada fisik mencakup stres mekanis dari trauma insisi bedah, atau perubahan tumor. Tubuh merasakan nyeri dan ketidak nyamanan terhadap tekanan, panas dan dingin, dan zat kimia tertentu (mis, histamin, bradikinin, dan asetilkolin) yang di lepaskan ketika jaringan mengalami kekurangan oksigen. Spasme otot dan akibatnya berupa kurangnya darah ke otot dapat juga menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan. Saat nyeri meningkat, respon alami tubuh adalah mengencangkan otot lebih lanjut, yang memperlihatkan masalah. Kecapekan, ketakutan terhadap sesuatu yang belum di mengerti, dan kurangnya pengetahuan tentang penatalaksanaan nyeri dapat menimbulkan pengencangan otot lebih lama. Tanpa intervensi, perjalanan nyeri yang tidak berujung dapat terjadi. Reseptor nyeri kurang sensitive terhadap stimulasi merugikan saat stimulasi nyeri akan menghilangkan penyebab nyeri (Rosdahl & Kowalski, 2017).

2.2.3 Transmisi Nyeri

Istilah yang digunakan untuk menjelaskan nyeri normal dan interpretasinya adalah nososepsi. Nosisepsi memiliki empat fase yaitu:

1. Transduksi: sistem saraf langsung mengubah stimulus nyeri dalam ujung saraf menjadi ujung impuls
2. Transmisi: impuls berjalan dari tempat awalnya ke otak
3. Persepsi: otak mengenali, mengidentifikasi, dan berespon terhadap rangsangan nyeri

Modulasi tubuh mengaktifasi respon inhibitor yang di perlukan oleh tubuh terhadap respon nyeri (Craven & Hirnle, 2007). Jika respon modulasi tubuh ini tidak berhasil maka, intervensi eksternal di butuhkan untuk menangani nyeri (Rosdahl & Kowalski, 2017).

2.2.4 Jenis Nyeri

International Association for the Study of Pain (IASP) telah mengidentifikasi beberapa klasifikasi nyeri. Di antaranya adalah nyeri akut, nyeri alih, nyeri kanker, dan nyeri kronis.

1. Nyeri akut

Merupakan sensasi yang di rasakan secara tiba-tiba, paling sering terjadi pada sebagian jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut ialah trauma akibat kecelakaan, infeksi dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang signifikan, biasanya 6 bulan atau bisa kurang, dan biasanya bersifat intermiten (sesekali) tidak konstan. Sistem nyeri akut berasal dari cara yang normal yaitu system saraf memproses trauma pada kulit, otot, dan organ visceral. Sebutan lain dari nyeri akut adalah nyeri nosiseptif. Setelah penyebab utama diidentifikasi dan diterapi secara terus menerus maka, nyeri akan menghilang.

2. Nyeri alih

Merupakan nyeri yang timbul dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsi di bagian tubuh yang lainnya. Nyeri alih yang paling sering di alami berasal dari dalam visera (organ internal) dan dapat di persepsikan di bagian kulit, meskipun dapat juga di alihkan di daerah internal yang lain.

3. Nyeri kanker

Merupakan hasil dari beberapa jenis keganasan. Sering kali, klien kanker merasakan nyeri yang sangat hebat dan dapat di anggap *intractable* (tidak dapat diatasi) dan keronis. Keperawatan *bospice* sering kali di ikutsertakan dalam penatalaksanaan nyeri kanker.

4. Nyeri kronis (Nyeri neuropatik)

Di definisikan sebagai ketidaknyamanan yang di alami secara terus menerus dalam priode waktu sanagat lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur hidup klien. Sering kali, nyeri kronis mengganggu aktifitas normal seseorang. Nyeri kronis seringkali tidak di ketahui apa penyebabnya. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi ketika ada kesalahan system saraf dalam memproses input (asupan) sensori.

Sindrom nyeri neuropati sangat sulit di hadapi, dan mekanisme pasti yang terlibat tidak semuanya dipahami. Nyeri kronis sering kali menyerang lebih lama dari perkiraan periode pemulihan normal untuk nyeri akut. Individu yang sering

mengalami nyeri neuropati biasanya melaporkan sensasi rasanya seperti terbakar, kesemutan, atau pun seperti nyeri terkena timah tertembak yang konstan. Intervensi yang biasanya dilakukan pada nyeri ini mungkin kurang begitu efektif, biasanya diperlukan tindakan yang lebih keras.

Istilah yang sering digunakan untuk mengidentifikasi nyeri kronis yang resistan terhadap intervensi terapeutik adalah *intractable pain* (nyeri lasat). Penyebab jenis nyeri ini mungkin dapat diketahui seperti tumor ganas yang tidak dapat dioperasi juga atau mungkin tidak diketahui.

Efek nyeri kronis dapat mengganggu rasa nyaman dan tampilan seseorang, terutama jika pemicu nyeri tidak diketahui secara pasti. Reaksi seseorang mungkin bisa berupa frustrasi, emosional dan marah-marah namun, klien mungkin bisa merasa kesulitan untuk mengekspresikan perasaan yang dialami ini karena kerabat dan teman tampak tidak paham. Klien hanya tidak ingin membuat keluarga dan orang yang disayanginya cemas, atau mungkin juga orang yang disayangi lelah terus-menerus mendengarkan tentang keluhan rasa nyeri pada klien. Dengan demikian, klien mengurangi keluhan rasa nyerinya pada keluarga dan orang yang disayanginya. Seringkali, semakin klien marah-marah, ansietas, dan durasi yang dirasakan klien akan semakin merasakan nyeri, emosional dan frustrasi yang akan terjadi. klien

bahkan beranggapan bahwa dirinya tidak ada orang yang percaya bahwa nyeri itu nyata pada dirinya.

Ketika klien tidak bisa menggambarkan perasaannya, rasa marah dan emosional yang tertekan dapat terbalik ke dalam diri dan menyebabkan depresi. Gejala depresi mencakup kelelahan ekstrim, ketidakmampuan untuk tidur atau terlalu sering tidur, dan kurangnya minat terhadap lingkungan sekitar, kekurangan atau nafsu makan berlebih, ada perasaan yang kurang terhadap impotensi seksual, dan kurangnya aktifitas social. Klien penderita depresi sering kali belum merasa bahagia dan dapat merasa kurang berharga atau membebani orang lain. Depresi berat, terutama di kombinasikan dengan nyeri kronis, dapat berperan menyebabkan penyalahgunaan zat dan ketergantungan serta menyebabkan bahaya diri yang nyata atau perilaku melukai diri sendiri.

Nyeri kronis yang berkepanjangan dapat menyebabkan seseorang kurangnya aktifitas di hubungan social (dari masyarakat) dan menjadi tidak aktif secara fisik. Sayangnya, ktifitas ini memperburuk nyeri karna otot dan sendi kaku dan gejala tersebut mulai menguat (Rosdahl & Kowalski, 2017).

2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi Nyeri

Ambang batas nyeri pada seseorang adalah “intensitas stimulus terendah, berlahan dapat menimbulkan subjek yang mengenali nyeri“ (Taylor Lillis, LeMone, & Lynn, 2008). Toleransi nyeri mengindikasikan inti nyeri ketika seseorang tidak lagi dapat menahan

rasa nyeri. Tubuh memiliki mekanisme internal yang membantu mengelola persepsi nyeri. System saraf pusat yang memproduksi *endorphin*, zat ini terjadi secara alami yang menurunkan rasa nyeri. *Endorphin* di lepaskan setelah melakukan olahraga dan bentuk aktifitas fisik lain. Sayangnya, *endorphin* menghilang dengan sangat cepat. Beberapa pihak percaya bahwa aktifitas selain olahraga seperti tertawa, juga bisa meningkatkan produksi *endorphin*. Pakar teori yakin bahwa asupan zat kimia dan makanan tertentu, juga termasuk kafein, nikotin, alcohol, garam dan gula, mampu menurunkan produksi endorfin (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Menurut Potter & Perry (2012) Karena nyeri adalah salah satu hal yang kompleks, banyak faktor yang dapat mempengaruhi nyeri antara lain:

1. Usia

Usia adalah salah satu variabel yang penting yang dapat mempengaruhi nyeri, khususnya pada usia anak – anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat berdampak pada bagaimana anak – anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak saat masih kecil memiliki kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan oleh tenaga medis atau perawat yang dapat menyebabkan nyeri. Anak kecil yang belum bisa berbicara akan mengalami kesulitan untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri pada orang tua atau tenaga medis.

Nyeri bukanlah bagian dari proses penuaan yang tidak dapat dihindari. Pada lansia yang mengalami nyeri, perlu dilakukan pengkajian, diagnosis, dan penatalaksanaan secara agresif. Akan tetapi seseorang yang mempunyai usia lanjut akan memiliki risiko lebih tinggi mengalami situasi yang membuat mereka merasa nyeri.

2. Jenis kelamin

Pada umumnya pria maupun wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri (Gil, 1990) dalam (Potter & Perry, 2012). Hal yang diragukan adalah apakah jenis kelamin menjadi faktor untuk seseorang mengekspresikan nyeri. Adapun beberapa kebudayaan yang membuat jenis kelamin menjadi salah satu faktor contohnya ada budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki – laki tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai budaya dapat mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri. Seseorang mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Misalnya, seorang klien dengan kebangsaan meksiko amerika yang menangis keras tidak selalu mempersepsikan pegalaman nyeri sebagai sesuatu yang berat atau mengharapkan perawat melakukan intervensi. Ada perbedaan makna dan sikap yang dapat dikaitkan dengan nyeri di berbagai budaya. Suatu pemahaman tentang nyeri dari segi makna

budaya akan membantu perawat dalam merencanakan asuhan keperawatan yang relevan untuk mengatasi nyeri klien.

2.2.6 Pengumpulan data klien mengenai nyeri

Nyeri bersifat subyektif yaitu, hanya klien yang dapat menerangkannya. Mengkaji nyeri tidak dapat diukur secara obyektif, beberapa manifestasi nyeri dapat terpantau. Ingat kebiasaan klien dapat mempengaruhi cara klien mengekspresikan nyeri. Perawat praktik/vokasional juga penting untuk menggali informasi mengenai nyeri dari klien.

1. Nyeri sebagai tanda vital kelima

Peraturan dari *Joint Commission* menerangkan bahwa nyeri harus dikaji kapan pun tanda vital yang lain diukur. Yaitu, klien harus di kaji secara berurut apakah mereka merasakan nyeri. Nyeri kini di anggap sebagai tanda vital kelima (suhu, nadi, pernapasan, tekanan darah, dan nyeri). Lalu mengkaji tentang nyeri dapat menyebabkan di keluarkannya surat panggilan dari *Joint Commission*. Evaluasi nyeri, bersama tanda vital yang lain, mengoreksi perawat dan tenaga pelayan kesehatan yang lain tentang pentingnya mengatasi nyeri pada klien. Reda dari nyeri membantu klien merasa lebih aman, nyaman dan pulih seperti semula dengan lebih cepat.

Joint Commission telah membeberkan standar akreditasi berikut ini sebagai langkah upaya untuk meningkatkan penatalaksanaan nyeri (The Joint Commission, 2011).

- a. Pasien berhak untuk mendapat pengkajian dan penatalaksanaan nyeri yang tepat.
 - b. Pengkajian nyeri berkelanjutan harus meliputi sifat dan intensitas nyeri.
 - c. Respon klien terhadap evaluasi nyeri harus di catat dalam tata cara yang meningkatkan pengkajian yang teratur dan tindak lanjut.
 - d. Staf harus diorientasikan dan kompetan dalam melakukan pengkajian dan penatalaksanaan nyeri.
 - e. Ketentuan dan prosedur yang mendukung persepan obat nyeri harus ditegakkan
 - f. Pasien dan keluarga membutuhkan pelayanan pendidikan tentang penatalaksanaan nyeri yang efektif.
 - g. Perencanaan pulang harus membahas kebutuhan pasien dan penatalaksanaan nyeri pasien.
2. Skala peringkat nyeri

Joint Commission mewajibkan pelayanan kesehatan menggunakan skala nyeri untuk membantu klien agar bisa menunjukkan tingkat nyeri mereka. Skala ini meminta agar menilai nyeri mereka, yang di bandingkan dengan skala pemilihan tersebut.

Skala urutan seperti skala intensitas nyeri atau skala distress nyeri biasanya di berikan pada anak yang usianya lebih dari 7 tahun dan untuk orang dewasa. Pada skala ini, klien meminta untuk mengukur nyerinya dengan memilih kata kata deskriptif, dengan memilih angka yang berada pada skala angka dari 10 (nyeri tak tertahankan) sampai 0 (tanpa nyeri), atau untuk memilih lokasi pada skala linear skala analog visual (*visuai analog scale*, VAS). Klien harus memahami makna dari seriap angka tersebut (0 – 10). Seorang anak harus cukup usia untuk bisa memahami konsep “lebih dari” dan “kurang dari” untuk menjalankan skala ini. Metode urutan intensitas nyeri lain menggunakan kuesioner nyeri, seperti kuesioner nyeri McGill-Melzack.

Skala wajah nyeri Wong-Baker dibuat untuk trauma anak yang sudah dapat berkomunikasi (bahasa verbal) antara usia 3 dan 7 tahun. Namun, skala ini juga bisa dapat di gunakan untuk orang dewasa yang mengalami kesulitan mendiskripsikan diri mereka sendiri atau orang lain, ketika dia tidak bisa berbicara bahasa yang di gunakan oleh fasilitator. Klien di minta untuk menunjuk wajah yang menurut klien paling mendekati perasaannya karena rasa sakit atau nyeri yang di alami. Penjelasan yang di berikan kepada klien menyatakan bahwa wajah di sisi kiri ceria karena tidak mengalami nyeri hebat semaksimal yang anda bayangkan, meskipun anda tidak harus menangis untuk merasakan nyeri yang sangat buruk ini. Direkomendasikan agar salah satu dari skala peringkat lain di

gunakan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk sebagian besar orang dewasa.

Alat lain juga tersedia untuk digunakan pada anak yang belum dapat berbicara (bahasa verbal), biasanya pada anak yang usianya kurang dari 3 tahun. Perawat mengobservasi wajah anak, tungkai, aktivitas, tangisan dan konsolabilitas (*face, legs, activity, cry and consolability, FLACC*) anak. Alat ini bergantung dengan ketrampilan observasi pada pemberi asuhan yang kuat karena anak tidak dapat menjelaskan nyeri secara verbal. Sekala lain yang sama dengan FLACC disebut NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*). NIPS berdasarkan pada observasi wajah, tangisan, pernapasan, lengan, tungkai, dan status terjaga.

Gambar skala nyeri



Gambar 2.1 Skala nyeri Wong-Backer

3. Diskripsi nyeri

Selain untuk menegakkan tingkat nyeri , informasi lain yang harus di dapatkan dari klien sendiri yang merupakan inti dari orang yang memberi tahu anda mengenai informasi ini. Banyak istilah yang di gunakan untuk menjelaskan karakteristik nyeri. Contohnya antara lain:

- a. Karakter: klien dapat menjelaskan karakter nyeri dengan istilah seperti sakit, terbakar, kram, remuk, seperti dibor tumpul, seperti dihancurkan, seperti dipukul-pukul, terkoyak pisau, menembus, menusuk, berdenyut, menyebar, tajam, seperti tertembak, tertusuk pisau, robek, nyeri berdenyut, kesemutan, hilang timbul, seperti terkena api, terkena paku, tertimpa.
 - b. Durasi: klien dapat menjelaskan waktu nyeri sebagai sesekali, intermiten, spasmodic, atau honstan
 - c. Keparahan: intensitas atau keparahan nyeri dapat di dijelasakn sebagai ringan, sedikit, sedang, berat, atau memburuk (diskripsikan klien mengenai intensitas akan membantu penyediaan asuhan menentukan medikasi yang tepat atau intervensi lain yang tepat).
 - d. Factor terkait: akibat (konsekuensi) nyeri yang tidak reda dapat mencakup gangguan visual, dan muntah, keletihan, pusing yang hebat depresi atau ide bunuh diri, meringis atau regeresi (Rosdahl & Kowalski, 2017).
4. Komponen Pengkajian Nyeri

Menurut (Zakiah, 2015) berikut ini komponen pengkajian nyeri:

- a. Onset : Tentukan kapan rasa nyeri dimulai.
- b. Provokasi : faktor pemeicu dan penyebab nyeri,
- c. Quality : penjelasan nyeri yang dirasakan klien, karakteristik nyeri.

- d. Radiation/Region : region yang mengalami nyeri dapat ditunjukkan dengan gambar
- e. Severity : kekuatan dari nyeri dengan menggunakan skala nyeri.
- f. Time : kaeon waktu timbul nyeri, berapa lama durasi nyeri dirasakan
- g. Understanding : Bagaimana persepsi nyeri klien? Apakah pernah merasakan nyeri seperti ini sebelumnya? Jika iya, apa problemnya?
- h. Values : Tujuan dan harapan untuk nyeri yang diderita pasien.

2.2.7 Penatalaksanaan nyeri

Kesuksesan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan pada pelayanan kesehatan primer dan staf keperawatan. Sejumlah intervensi digunakan dalam penatalaksanaan nyeri. Penatalaksanaan nyeri bersifat sangat individual, dan intervensi berasal untuk satu orang klien mungkin tidak berhasil untuk klien yang lain. Sering kali, sejumlah intervensi harus dicoba terlebih dahulu sebelum satu, atau kombinasi beberapa intervensi berhasil. *Farmakologis*, pemberian obat sering kali menjadi akhir keberhasilan penatalaksanaan nyeri.

Sejumlah intervensi keperawatan bisa juga bermanfaat. Selama, Tim penyedia pelayanan kesehatan primer dapat memprogramkan intervensi *alternative* atau *komplementer* yang di sediakan oleh individu yang terlatih secara khusus.

Asuhan keperawatan yang empatik dapat membantu mengurangi rasa nyeri. Banyak tindakan yang dapat dilakukan perawat untuk membantu meredakan nyeri klien. Intervensi keperawatan ini mencakup memberikan pengalihan (distraksi) atau music, mengubah posisi klien, memandikan klien, menggosok punggung, atau memasase tangan klien, bercerita, bercanda dan tertawa. Penyedia pelayanan kesehatan dapat merencanakan kompres panas atau dingin, infrared atau masih banyak yang lainnya (Rosdahl & Kowalski, 2017).

1. Tindakan kenyamanan

Sebagai perawat yang mandiri dapat melakukan sejumlah tindakan keamanan dan kenyamanan yang di pilih untuk membantu klien agar dapat mengurangi nyeri atau meredakan nyeri. Tempat tidur yang bersih dan nyaman, lingkungan yang tenang, wajah dan tangan yang bersih, musik yang tenang, ruang yang hangat, atau ruang yang bercahaya agar dapat meningkatkan relaksasi yang maksimal, dan pada akhirnya dapat membantu mengurangi nyeri. Perubahan posisi di tempat tidur juga dapat membantu mengurangi rasa nyeri. Klien juga di anjurkan untuk melakukan diet bernutrisi dan mendapatkan cairan yang adekuat (Rosdahl & Kowalski, 2017). Tindakan fisik dapat di gunakan selain menggunakan intervensi farmakologis untuk penatalaksanaan nyeri.

a) Stimulus fisik (stimulasi kutaneus)

Masase atau sentuhan lembut dapat mengurangi kongesti atau melancarkan sirkulasi dan oksigenasi, dengan demikian membantu meredakan nyeri. Hal ini dapat di aplikasikan dengan sentuhan lembut pada area yang dikeluhkan nyeri atau yang lebih umum adalah dengan menggosok punggung (Rosdahl & Kowalski, 2017).

b) Aplikasi panas & dingin

Aplikasi panas dan dingin dapat membantu mengontrol rasa nyeri lokal dengan menghasilkan vasokonstriksi (dingin) atau vasodilatasi (panas) pemaakian tehnik panas dan dingin sering kali di lakukan, baik dalam keperawatan atau pun oleh klien sendiri di rumah. Aplikasi panas dan dingin merupakan salah satu tehnik nonfarmakologis yang sangat terbukti mengurangi nyeri, tehnik yang sering kali sangat efektif (Rosdahl & Kowalski, 2017).

2.3 Konsep Pemasangan Terapi intravena/Infus

Cairan dan elektrolit dapat diganti melalui cairan infus yang diberikan secara langsung kedalam pembuluh arah, bukan asupan melalui sistem pencernaan. Penggantian parenteral meliputi pemberian nutrisi parenteral total (NPT), terapi cairan, dan elektrolit intravena, serta penggantian darah. NPT adalah nutrisi dalam bentuk larutan hipertonik yang adekuat, terdiri dari

glukosa dan nutrien lain serta elektrolit yang diberikan melalui kateter intravena sentral atau kateter intravena menetap (Potter & Perry, 2012).

2.3.1 Terapi Intravena (IV)

Terapi intravena memiliki tujuan untuk mengoreksi atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit. Contohnya, seorang klien yang menderita luka bakar derajat tiga yang mengenai 40% permukaan tubuhnya, berada dalam kondisi sakit yang kritis dan membutuhkan pengaturan terapi IV yang mendetail karena adanya perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit yang terus menerus.

2.3.2 Tipe Larutan

Saat dokter telah memberikan program pemberian terapi intravena maka perawat harus mengidentifikasi larutan yang benar, peralatan, dan prosedur yang dibutuhkan untuk memulai, mengatur dan mempertahankan sistem. Selain itu perawat juga harus mengidentifikasi dan mengoreksi masalah serta menghentikan infus.

Tipe larutan yang diberikan dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu:

1. Isotonik

Larutan isotonik merupakan suatu larutan yang bersifat isotonik jika osmolaritasnya mendekati osmolaritas plasma. Secara umum cairan isotonik diberikan untuk mengganti volume ekstrasel. Contohnya kelebihan volume cairan setelah muntah yang berlangsung lama.

2. Hipotonik

Larutan hipotonik merupakan larutan yang memiliki osmolaritas kurang dari osmolaritas plasma.

3. Hipertonik

Larutan hipertonik merupakan larutan yang memiliki osmolaritas lebih besar dari osmolaritas plasma. Dalam penggunaan larutan hipotonik dan hipertonik didasarkan pada ketidakseimbangan cairan elektrolit yang spesifik.

4. Zat tambahan tertentu juga seringkali dimasukkan kedalam larutan intravena, seperti vitamin dan kalium klorida (KCL).

2.3.3 Peralatan Pemasangan Terapi Intravena

Pemilihan dan persiapan alat yang benar memungkinkan pemasangan selang intravena menjadi aman dan cepat. Karena cairan dimasukkan ke dalam aliran pembuluh darah, maka membutuhkan teknik steril. Peralatan standar yang dibutuhkan meliputi:

1. Selang intravena
2. Jarum atau kateter
3. Anti septik
4. Turniquet
5. Sarung tangan
6. Balutan
7. Sebuah papan penopang lengan untuk membatasi gerakan tangan juga dapat digunakan untuk beberapa klien. Papan penopang digunakan untuk mengurangi gerakan ekstremitas saat infus IV

dialirkan atau untuk mempertahankan ekstremitas tetap pada posisi yang datar.

8. Peralatan intravena lainnya ialah yang meliputi wadah larutan, berbagai tipe selang, dan peralatan pengendali volume. Peralatan pengendali volume digunakan pada anak – anak, klien yang menderita gagal ginjal atau gagal jantung, dan klien yang menderita penyakit kritis. Alat pengendali volume ini diberikan untuk mencegah masuknya volume infus dalam jumlah besar secara tiba – tiba, dan kecepatannya tidak terkontrol.

2.3.4 Prosedur Pemasangan Selang Terapi Intravena

1. Mengobservasi tanda dan gejala ketidak seimbangan cairan, elektrolit:
 - a. Mata cowong
 - b. Edema
 - c. Berat badan mengalami kenaikan atau penurunan lebih dari 2%
 - d. Membran mukosa akan mongering
 - e. Vena pada leher mengalami datar atau distensi
 - f. Adakah hipotensi atau takikardia
 - g. Apakah nadi teratur
 - h. Adakah krekeles pada paru-paru
 - i. Apakah turgor kulit mongering
 - j. Bising usus apakah ada peningkatan atau penurunan
 - k. Apakah hakuran pada urin mengalami penurunan

1. Adakah perubahan perilaku
 - m. Apakah klien mengalami kebingungan
2. Terapi pengganti yang ditetapkan oleh dokter dipelajari kembali.
3. Persiapkan peralatan yang akan digunakan untuk pemasangan selang intravena:
 - a. Siapkan larutan cairan yang benar
 - b. Jarum yang sesuai untuk anak-anak dan bayi
 - c. Set infus (anak-anak dan bayi membutuhkan cairan infus dengan tetesan mikro 60 tetes/menit juga membutuhkan peralatan pengontrol volume cairan.
 - d. Intravena slang
 - e. Alkohol swab
 - f. Turniket
 - g. Spalk tangan jika di butuhkan
 - h. Balutan transparan dan alkohol swab
 - i. Plester
 - j. Bantal tangan, untuk di letakan di bawah tangan
 - k. Tiang infus
 - l. Sarung tangan
 - m. Gaun iv
4. Mengidentifikasi klien dan menjelaskan tatacara pemasangan infus. Ganti gaun klien dengan gaun khusus pemasangan IV.
5. Tata peralatan yang akan di pasang di atas meja.

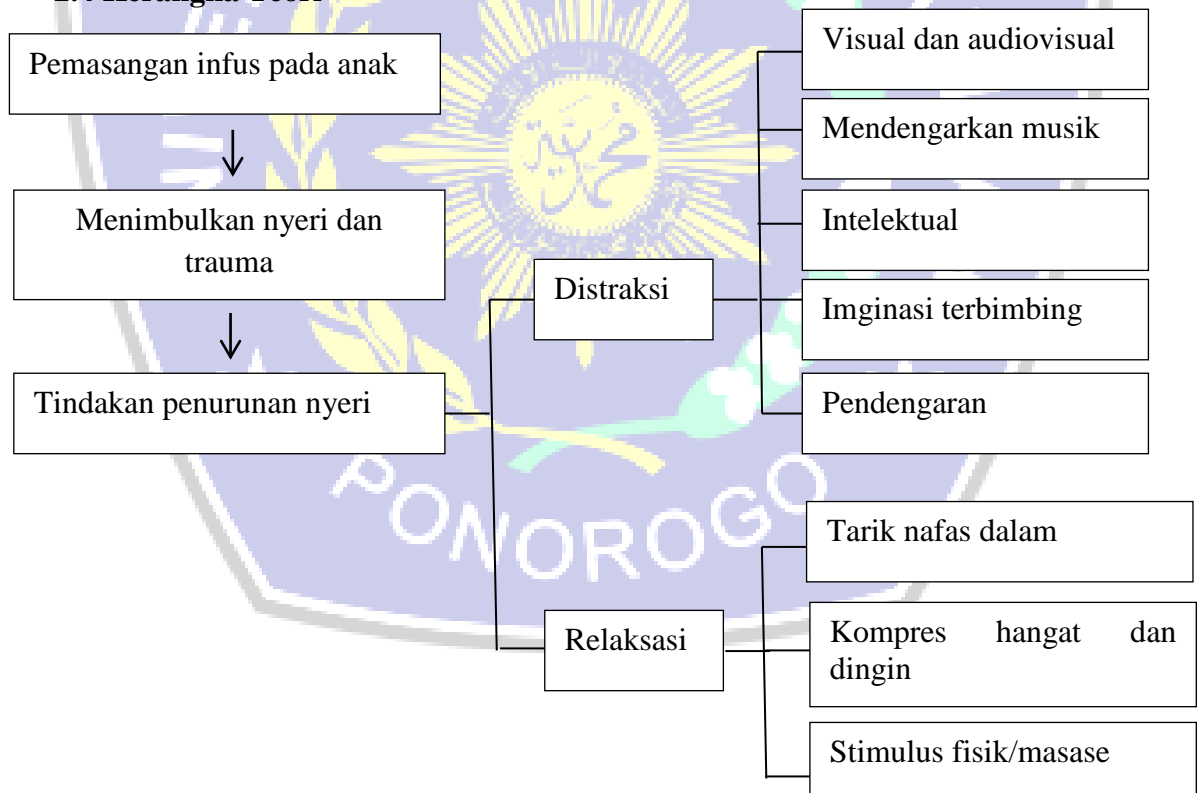
6. Mengidentifikasi vena yang akan di lakukan tindakan pemasangan infus.
 - a. Hindari daerah tulang yang menonjol
 - b. Gunakan vena yang di bagian distal terlebih dahulu.
 - c. Hindari pemasangan iv di daerah pergelangan tangan, daerah yang mengalami peradangan, di ruang antekubital, di eksteremitas yang sensasinya menurun, atau dominan di tangan.
7. Mencuci tangan
8. Cara membuka kemasan steril dengan menggunakan teknik yang steril.
9. Periksa larutan dengan menggunakan lima benar pemberian obat. Pastikan larutan telah tercampurkan dengan zat yang telah di resepkan.
10. Buka infus set, jaga keseterilan kedua ujungnya.
11. Posisikan klem di dekat bilik tetesan dan klem di gerakan ke posisi aliran infus
12. Memasukan infus set kedalam cairan:
 - a. lepas pelindung botol cairan IV tanpa menyentuh ujung tempat masuknya alat infus set
 - b. lepaskan penutup ujung selang, dengan tidak menyentuh ujungnya, kemudian memasukan ujung selang ke dalam botol.
13. Isi selang infus:
 - a. tekan bilik tetesan agar cairan masuk kemudian lepaskan

- b. buka pelindung jarum dan geser klem sehingga cairan mengalir dari bilik tetesan ke adaptor jarum. Setelah selang terisi lalu klem di geser agar cairannya terhenti.
 - c. pastikan selang terbebas dari gelembung-gelembung udara
 - d. lalu pelindung jarum di ganti
14. Pilih vena distal untuk di gunakan
15. Apa bila di tempat pemasangan jarum ada bulu, gunting atau di cukur.
16. Saat pemasangan tangan mungkinkan di letakan diatas bantal.
17. Pasang turniket 10-12 cm di atas tempat pemasangan IV, turniket harus menghambat vena bukan arteri.
18. Pilih vena yang dilatasi, cara yang di gunakan untuk membuat vena dilatasi yaitu dengan menepuk nepek vena dari arah proksimal ke distal, atau klien dengan mengepalkan tangan lalu di buka secara berulang, atau menepuk nepek ringan di atas vena, atau dengan kompers hangat.
19. Pakai sarung tangan sekali pakai
20. Bersihkan area yang akan di lakukan penusukan dengan menggunakan cairan yodium-povidon atau alkohol, dengan cara bentuk melingkar dari dalam ke luar
21. Lakukan fungsi fena. Fiksasi vena dengan memasukan ibu jari ke dalam kepalan tangan lalu tangan di arahkan ke bawah.
- a. NOC: bagian ujung jarum di miringkan dengan membentuk sudut 20-30 drajat, searah dengan balik darah vena distal.

- b. Jarum kupu-kupu: tepatkan jarum dengan sudut 20-30 derajat dengan bavel sekitar 1 cm dari arah distal dari arah fungsinya.
22. Lihat aliran balik melalui jarum kupu-kupu baik darah di NOC, yang menandakan bahwa jarum sudah masuk ke vena, lalu rendahkan jarum kupu-kupu masukan lagi kateter ke dalam vena dan longgarkan pangkal jarum yang di masukan vena.
23. Setabilkan kateter dengan menggunakan satu tangan, lalu lepaskan turniket.
24. Hubungkan adapter jarum infus ke jarum
25. Buka klem agar cairan infus mengalir dengan kecepatan tetesan tertentu untuk mempertahankan kepatenan slang intra vena.
26. Fiksasi kateter atau selang IV:
 - a. Potong plester kecil 1,25 cm lalu tempelkan plester di bawah slang kateter tempelkan secara bersilang seperti kupu-kupu
 - b. Berikan sedikit alcohol salep pada tempat pungsi vena.
 - c. Tempelkan plester ke dua untuk menekan selang kateter IV.
 - d. Buka balutan transparan tepat di atas tempat pungsi vena, dengan mengikut tatacranya. Plester jangan menutupi batas hubungan antara hub kateter dan intravena, sarung tangan bisa di lepas agar plester tidak menempel.
 - e. Tempelkan plester ke kateter dengan sepotong plester.
27. Cantumkan tanggal, waktu pemasangan selang intra vena, ukuran jarum, dan tanda tanda infeksi perawat pada plester.
28. Atur tetesan per menit pada klem.

29. Buang sarung tangan dan bungkus-bungkus serta cuci tangan.
30. Observasi respon klien terhadap terapi cairan setiap jam.
 - a. Sesuaikan jumlah program dan benar jumlah cairan yang di tetapkan
 - b. Tetesan aliran cairan permenit benar
 - c. Kepatenan iv
 - d. Pastikan tidak ada flebitis, inflamasi dan emboli.
31. Tulis di catatan perawat tipr cairan, tempat pemasangan, kecepatan tetesan, ukuran, tipe kateter IV, jumlah yang di masukan, interitas dan kepatenan IV.

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka teori penelitian pengaruh teknik distraksi audio visual menonton animasi kartun terhadap tingkat nyeri saat pemasangan infus

