

PENGALAMAN DAN MANAJEMEN NYERI PASIEN PASCA OPERASI DI RUANG KEMUNING V RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG : (STUDI KASUS)

Ana Ikhsan Hidayatulloh¹, Early Octavia Limbong¹, Kusman Ibrahim², Nandang³

Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

Email : ishanana27@gmail.com

Abstrak

Nyeri adalah gejala subjektif; hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. Salah satu penyebab nyeri adalah tindakan pembedahan atau operasi. Jika nyeri tidak dikendalikan, hal tersebut memperpanjang proses penyembuhan dengan menyebabkan komplikasi pernapasan, ekskresi, peredaran darah, dan sistemik lainnya. Sebagai akibatnya, beberapa pasien meninggal, kualitas hidup dan pasien kepuasan menurun, lamanya tinggal di rumah sakit meningkat, dan biaya perawatan meningkat. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan pengalaman nyeri, menganalisis manajemen nyeri dan mengevaluasi efektivitas manajemen nyeri pasca operasi. Metode penelitian: studi fenomena dengan studi kasus menelaah pengalaman nyeri dan pengelolaan nyeri pasca operasi pada 4 pasien di ruang rawat inap Kemuning V RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Hasil penelitian dari pengalaman nyeri pasca operasi bervariasi dan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, jenis kelamin, jenis pembedahan dan budaya. Pengkajian skala nyeri juga tidak bisa hanya melibatkan satu skala tapi dapat dilihat dari karakteristik pasien, contohnya pasien diatas 65 tahun lebih efektif menggunakan Verbal Rating Scale (VRS). Pemberian analgesik masih kurang efektif karena pasien belum bebas nyeri. Teknik non farmakologi relaksasi efektif mengurangi nyeri pasca bedah abdomen. Kesimpulan: Format pengkajian berisikan elemen COLDSPA dapat digunakan dalam mengkaji nyeri secara komprehensif. Bagi pasien lansia, skala VRS lebih mudah dimengerti. Pemberian obat analgesic opioid adalah pada skala nyeri sedang-berat, perlu dipertimbangkan mengenai pemberian obat secara prn (pro re nata), dimana perawat dan pasien terlibat dalam pengambilan keputusan untuk mengelola perawatan nyeri akut dan pasien merasa dilibatkan dan memiliki kendali atas nyeri yang dirasakan. Metoda non-farmakologi lain, selain relaksasi dapat dikombinasikan untuk mengurangi nyeri pasca operasi.

Kata kunci : Manajemen Nyeri, Pasca Operasi, ,Pengalaman Nyeri, Skala Nyeri

Abstract

Pain is a subjective symptom; only the client can describe it. One of the causes of pain is surgery or surgery. If pain is not controlled, the process of healing of the disease causes respiratory, excretory, circulatory and other systemic complications. As a result, multiple patients died, quality of life and patient satisfaction decreased, hospital stay increased, and care costs increased. The aim of this study was to describe pain experiences, manage pain and manage postoperative pain management. Research method: a phenomenon study with a case study examining the experience of pain and postoperative pain management in 4 patients in the inpatient room of Kemuning V, Dr. Hasan Sadikin Bandung. The results of the research were from varied conflict experiences and were constructed by several factors, namely gender, type of surgery and culture. Assessment of the pain scale also can not only involve one scale but can be seen from the patient, for example, patients over 65 years of age are more effective using the Verbal Rating Scale (VRS). Giving analgesics is still ineffective because the patient is not pain free. Non-pharmacological relaxation techniques are effective in reducing post-abdominal pain. Conclusion: The assessment format containing COLDSPA elements can be used to assess pain comprehensively. For elderly patients, the VRS scale is easier to relate to. Administration of opioid analgesic drugs is on a severe pain scale, it is necessary to consider presenting the drug in a prn (pro re nata) manner, where the nurse and patient are involved in making decisions for acute pain care and the patient feels involved and has control over the pain that is felt. Other non-pharmacological methods, apart from that, can be added to reduce

postoperative pain.

Keywords: *Pain Management, Post Operation, Pain Experience, Pain Scale*

I. PENDAHULUAN

Nyeri adalah gejala subjektif; hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. “Nyeri adalah apa pun yang dikatakan oleh individu yang mengalaminya sebagai nyeri, ada kapan pun individu tersebut mengatakan ada” (McCaffery, 1968 dalam Rosdahl & Kowalski 2012). Tujuan nyeri terutama adalah untuk perlindungan; nyeri bertindak sebagai suatu peringatan bahwa jaringan sedang mengalami kerusakan dan meminta penderita untuk menghilangkan atau menarik diri dari sumber (Miller-Keane & O’Toole, 2003 dalam Rosdahl & Kowalski 2012). Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan: durasi (akut atau kronis), tipe (nosiseptif, inflamasi dan neuropatik), dan tingkat keparahan (ringan, sedang, berat) (Smith dan Muralidharan, 2014).

Nyeri paska operasi didefinisikan sebagai nyeri yang dialami setelah intervensi bedah. Kedua faktor pra operasi, perioperatif, dan paska operasi mempengaruhi pengalaman nyeri (Magidy, Warrén-Stomberg, & Bjerså, 2016). Salah satu penelitian di Amerika Serikat menyatakan hampir >80% pasien mengalami nyeri pasca operasi (Garcia et al., 2017). Nyeri ini masuk dalam klasifikasi nyeri akut nosiseptif. Masalah nyeri pada paska operasi merupakan pengalaman yang umum terjadi sehari-hari, namun hanya 30 hingga 50% dari kasus menerima perawatan yang efektif (Barbosa et al., 2014). Jika nyeri tidak dikendalikan, hal tersebut memperpanjang proses penyembuhan dengan menyebabkan komplikasi pernapasan, ekskresi, peredaran darah, dan sistemik lainnya. Sebagai akibatnya, beberapa pasien meninggal, kualitas hidup dan pasien kepuasan menurun, lamanya tinggal di rumah sakit meningkat, dan biaya perawatan meningkat (Aslan, 2010).

Pengelolaan atau manajemen nyeri juga menjadi standar penilaian yang disyaratkan dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) maupun *Joint Commission Internasional* (JCI). Rumah sakit harus menetapkan pelayanan pasien untuk

mengatasi nyeri dengan menetapkan proses untuk melakukan skrining, asesmen, dan pelayanan untuk mengatasi nyeri meliputi: identifikasi pasien untuk rasa nyeri pada asesmen awal dan asesmen ulang; memberi informasi kepada pasien bahwa nyeri dapat disebabkan oleh tindakan atau pemeriksaan; melaksanakan pelayanan untuk mengatasi nyeri terlepas dari mana nyeri itu berasal; melakukan komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga perihal pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien, dan keluarga; melatih profesional pemberi asuhan tentang asesmen dan pelayanan untuk mengatasi nyeri (SNARS, 2018).

Peraturan JCI menyatakan bahwa nyeri harus dikaji kapan pun tanda vital yang lain diukur. Nyeri kini dianggap sebagai tanda vital kelima (suhu, nadi, pernapasan, tekanan darah, dan nyeri). Standar JCI dalam manajemen nyeri, yaitu: Rumah sakit mendukung hak pasien untuk mendapatkan asesmen dan pengelolaan rasa sakit yang tepat; Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diperiksa apakah mengalami rasa nyeri dan diperiksa mengenai rasa nyeri tersebut jika ada; Pasien didukung secara efektif dalam mengelola rasa nyerinya (JCI, 2011 dalam Rosdahl & Kowalski 2012).

Nyeri bukanlah suatu hal yang statis, tetapi dinamis makanya penting untuk memonitor nyeri secara teratur secara bersamaan dengan tanda-tanda vital yang lainnya (Rosdahl & Kowalski 2012). Aspek penting dalam peran perawat bedah adalah pengenalan akan nyeri, penilaian dan perawatan. Pada saat yang sama perawat profesional diharuskan untuk bertindak sebagai penasihat pasien, menggunakan bukti yang terbaik dengan mempertahankan pengetahuan dan keterampilan untuk praktik yang aman dan efektif (NMC, 2015). Pengkajian nyeri meliputi ekspresi nyeri, skala peringkat nyeri, dan deskripsi nyeri. Deskripsi nyeri dapat dikaji dengan pedoman singkat **COLDSPA** yaitu *Character* (karakter), *Onset* (awitan),

Location (lokasi), *Duration* (durasi), *Severity* (keparahan), *Pattern* (pola), *Associated Factor or Related Occurrences* (faktor terkait atau kejadian terkait) (Rosdahl & Kowalski 2012).

Kesuksesan penatalaksanaan nyeri merupakan tujuan utama penyedia layanan kesehatan primer dan staf keperawatan. Intervensi farmakologi dan non-farmakologi dapat dilakukan untuk meredakan nyeri klien (Rosdahl & Kowalski 2012). Namun, penatalaksanaan nyeri yang tidak memadai dan praktik manajemen nyeri yang bervariasi seringkali disebabkan adanya perbedaan sikap dan kepercayaan staf layanan kesehatan dan pasien selain dari pengetahuan dan keterampilan yang tidak konsisten (Abdulla et al., 2013). Perawat yang terlibat dalam mengelola nyeri dalam pengaturan perawatan akut akan memiliki pengetahuan nyeri yang beragam, tetapi mereka memiliki tanggung jawab utama memastikan manajemen nyeri yang memadai. Pengalaman rasa nyeri atau respon terhadap rasa nyeri itu sendiri merupakan fenomena yang bersifat kompleks dan melibatkan sensorik, perilaku atau motorik, emosi. Oleh karena itu perlu adanya analisa lebih dalam terkait dengan pengalaman dan manajemen nyeri pada pasien paska operasi yang di rawat inap di unit bedah Kemuning 5 RSUP Hasan Sadikin.

II. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan Studi Kasus ini adalah:

1. Untuk menggambarkan pengalaman nyeri pada pasien paska operasi
2. Untuk menganalisis manajemen nyeri pada pasien paska operasi
3. Untuk mengevaluasi efektifitas manajemen nyeri pada tingkat nyeri pada pasien paska operasi

III. METODE PENELITIAN

Tempat pelaksanaan studi kasus ini dilakukan di unit rawat inap bedah yaitu Kemuning 5 RSUP Hasan Sadikin Bandung.

Kriteria Inklusi

- Pasien paska bedah (*Operation Day* sampai dengan *Post-operation Day* 3).
- Pasien dewasa usia ≥ 18 tahun

- Mampu berkomunikasi
- Tidak mengalami penyakit keganasan

Metode yang digunakan dalam studi fenomena ini adalah studi kasus dengan menelaah pengalaman nyeri dan pengelolaan nyeri paska operasi pada 4 pasien di ruang rawat inap Kemuning V RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

A. Alat Pengumpulan Data

Data dikumpulkan secara kualitatif dan kuantitatif dengan wawancara, pemeriksaan klinis, pengukuran nyeri menggunakan instrumen *Numeric Rating Scale* (NRS) dan *Verbal Rating Scale* (VRS), dan pengalaman nyeri dikaji menggunakan kuesioner terbuka berisikan elemen COLDSPA yang disusun untuk mendapatkan informasi mendalam terkait dengan pengalaman nyeri pasien, dan studi dokumentasi dari catatan medis pasien. Pedoman COLDSPA yaitu *Character* (karakter), *Onset* (awitan), *Location* (lokasi), *Duration* (durasi), *Severity* (keparahan), *Pattern* (pola), *Associated Factor or Related Occurrences* (faktor terkait atau kejadian terkait) (Rosdahl & Kowalski 2012).

B. Analisis Data

Data dianalisis secara deskriptif dan dibahas untuk melihat kesenjangan atau gap masalah yang ada, kemudian rekomendasi atau saran dirumuskan untuk perbaikan dan peningkatan pelayanan khususnya terkait pengelolaan nyeri pasien pasca operasi.

IV. HASIL PENELITIAN

A. Pasien I

Pasien pertama adalah seorang wanita lansia berusia 84 tahun dengan diagnosa medis Closed Fracture at Left Neck Femur garden type IV post GIRLE Store. Sekitar 1,5 tahun yang lalu saat pasien sedang menyapu lantai rumah, pasien terpeleset akibat lantai yang basah dan terjatuh. Pasien merasakan nyeri yang sangat hebat di bagian panggul kiri, tidak ada luka terbuka namun saat bergerak terasa nyeri pada panggul. Kemudian pasien dibawa untuk berobat ke RS. I dan diketahui melalui foto rontgen bahwa tulang panggul pasien patah. Pasien dianjurkan untuk operasi, namun pasien dan keluarga menolak dengan alasan takut, belum siap dan berharap bisa sembuh

dengan pengobatan dukun patah. Pasien berobat ke dukun patah, namun dukun patah juga menganjurkan untuk operasi. Pasien mengatakan “saya bisa menahan nyeri dan masih mampu beraktivitas menggunakan alat bantu jalan selama 1,5 tahun ini, tapi belakangan nyeri semakin bertambah dan saya tidak kuat lagi”. Menurut pasien nyeri (1,5 tahun) nyeri yang dirasakan seperti menusuk, nyeri muncul kadang-kadang apabila bergerak atau mobilisasi dan reda saat diam. Intensitas nyeri sebelum masuk RS adalah sedang (VRS/Verbal rating scale), terasa di bagian panggul kiri. Untuk mengurangi nyeri pasien biasanya minum jamu tradisional (jamu gendong) dan tidak banyak bergerak. Saat pasien masuk rumah sakit di catatan perawat menuliskan bahwa intensitas nyeri ringan (VRS) saat tidak bergerak dan hari ke dua dirawat pasien dilakukan operasi Hip Arthroplasti.

Paska operasi pasien mengungkapkan “nyeri di luka operasi ini sangat sakit, saya takut untuk bergerak”, dengan skala nyeri sangat buruk dan pasien berteriak apabila pasien bergerak atau di reposisi.

B. Pasien II

Pasien kedua adalah seorang wanita muda berusia 24 tahun. Sepuluh bulan yang lalu, pasien datang berobat ke dokter di klinik dengan keluhan nyeri perut kanan bawah dan dikatakan menderita Appendicitis. Pasien disarankan untuk dioperasi, namun menurut pasien pasien harus menunggu antrian (BPJS) untuk jadwal operasi usus buntu. Namun pasien tidak mendapatkan kepastian jadwal operasi dalam 10 bulan. Nyeri perut di kanan bawah yang dirasakan pasien kadang kala kerap muncul apabila pasien makan makanan yang pedas dan makan tidak tepat waktu. Apabila pasien tidak bisa bertoleransi terhadap nyeri, pasien akan berobat ke klinik untuk meminta obat. Belakangan ini, pasien merasakan nyeri yang hebat dan akhirnya di rujuk dan dilakukan operasi cito Appendic per Laparatomi.

Pasca operasi pasien mengatakan “nyeri sangat terasa apabila saya batuk dan bergerak, dengan berbaring nyerinya berkurang”.

C. Pasien III

Pasien ketiga adalah seorang wanita lansia berusia 91 tahun dengan diagnosa *Closed fracture intertrochanter dextra*. Kejadian terjadi pada saat pasien hendak berpindah dari kursi ke tempat tidur, saat pasien berdiri pasien merasa pusing dan akhirnya terjatuh ke lantai. Pasien merasakan nyeri yang hebat pada panggul kanan, nyeri bertambah saat pasien bergerak. Pasien dibawa ke RS. S dan akhirnya hasil rontgen menyatakan ada fraktur dan pasien di rujuk ke RS. H untuk tindakan operasi. Selama 10 hari sebelum operasi, pasien di imobilisasi dengan menggunakan traksi kulit dengan beban 3 kg selama persiapan pra-operasi. Nyeri yang pasien rasakan sebelum operasi adalah seperti di tusuk di daerah panggul kanan, dengan intensitas ringan (VRS) saat tidak bergerak dan sangat mengganggu apabila bergerak. Setelah operasi intensitas nyeri sedang (VRS) saat diam dan teramat sangat menderita (VRS) saat bergerak

Pasien mengatakan “nyeri setelah operasi lebih nyeri daripada sebelum operasi”.

D. Pasien IV

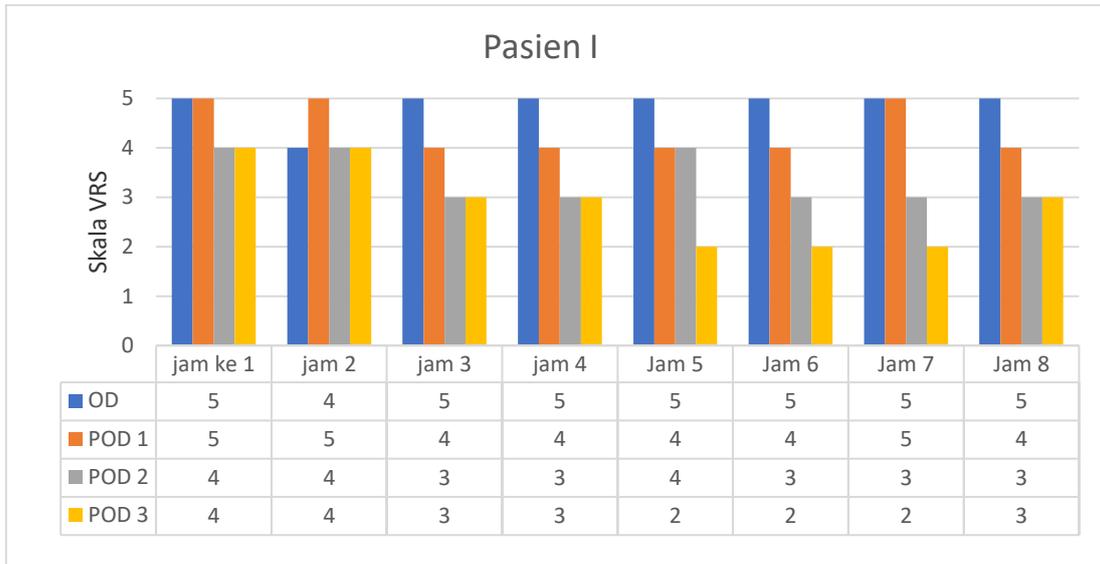
Pasien ketiga adalah seorang pria berusia 64 tahun dengan diagnosa vesikolithiasis. Pasien mengatakan kurang lebih sekitar 10 tahun yang lalu mengalami sakit saat BAK pernah dirawat dan berobat ke traditional kemudian keluar batu sebesar biji kacang, kemudian pasien kurang lebih 3 bulan yang lalu mengalami hal yang sama yaitu sakit saat BAK dan berjalan, pasien sempat di rawat di Rumah Sakit Guntur dan kemudian di rujuk ke RSHS. Pasien datang ke rumah masuk rumah sakit tgl 19 dengan keluhan nyeri dengan skala 7, nyeri di rasakan di daerah perut bagian bawah, nyeri bertambah saat duduk, berjalan dan BAK, nyeri berkurang bila posisi tidur terlentang. Pasien di operasi tanggal 20 November 2019 dengan pengkajian 4 jam post operasi pasien mengeluh nyeri dengan skala 7 (NRS), nyeri di rasakan saat bergerak atau perubahan posisi, dan berkurang bila di diamkan, nyeri dirasakan di perut bagian bawah sekitar daerah operasi.

Tabel 1 Pengalaman Nyeri Paska Operasi (Hari Operasi)

Data	Pasien I	Pasien II	Pasien III	Pasien IV
Diagnosa	Closed fracture neck femur sinistra	Appendicitis	Closed fracture intertrochanter femur	Vesicolithiasis
Jenis Operasi	Hip Arthroplasty	Appendic per Laparatomi	CRIF Cephallomedulary Nailing	Vesicolithotomi
Usia	84	24	91	64
Jenis Kelamin	Wanita	Wanita	Wanita	Laki-laki
Suku	Sunda	Sunda	Sunda	Sunda
Ekspresi	Berteriak Meringis Mengurangi pergerakan	Meringis Mengurangi pergerakan	Meringis Mengurangi pergerakan	Meringis Mengurangi pergerakan
Characteristic	Seperti terkoyak, kadang terasa panas. Nyeri muncul kadang-kadang	Nyeri berdenyut, hilang timbul	Terkoyak atau tertusuk pisau Nyeri hilang timbul	Seperti terkoyak pisau, menembus, menusuk
Onset	setelah operasi	Setelah sadar dari operasi	setelah operasi	Setelah 4 jam setelah operasi
Location	Di panggul kiri, nyeri tidak menyebar	Di perut bagian tengah	Di panggul kanan	Dibagian operasi di bagian tengah abdomen bawah
Duration	Beberapa saat apabila bergerak ± 5 menit	± 2 menit	Saat bergerak ± 2 menit	Terus menerus
Severity	Skala VRS Sangat berat (diam)	Skala NRS (0-10) 6	Skala VRS Berat (diam)	Skala NRS (0-10) 7
Pattern	Paling berat (saat bergerak) Bergerak memperburuk nyeri Tidak bergerak mengurangi nyeri	Batuk dan tertawa memperburuk nyeri Dengan berdiam dan mengurangi gerak mengurangi nyeri	Paling berat (saat bergerak) Istirahat atau tidak bergerak mengurangi nyeri Merubah posisi menyebabkan nyeri	Bergerak memperburuk nyeri Nyeri hanya ditahan
Associated factor	Tidak ada gejala lain yang muncul Pasien menganggap nyeri ini sebagai cobaan Pasien belum pernah merasakan nyeri seperti sekarang, nyeri sebelum operasi lebih ringan	Sebelum pasien di diagnosa appendicitis oleh medis, pasien menyakini bahwa nyeri yang dirasakan adalah hasil dari akibat diguna-guna orang lain Pasien tidak punya pengalaman nyeri di operasi sebelumnya	Tidak ada gejala lain yang muncul yang berhubungan dengan nyeri Tidak ada faktor budaya yang terlibat Ada penurunan selera makan dan tidur terganggu Pasien tidak punya pengalaman nyeri di operasi sebelumnya	Pasien tidak punya pengalaman nyeri di operasi sebelumnya
Pengaruh terhadap ADL	Tidak mampu merawat diri dan mobilisasi, selera makan dan tidur baik	Pasien masih mampu memakai baju dan makan sendiri	Tidak mampu merawat diri dan mobilisasi, selera makan kurang baik dan tidur kurang	Tidak mampu merawat diri dan mobilisasi, selera makan kurang baik dan tidur

Dukungan	Anak-anak	Suami dan orangtua	baik Anak-anak	baik Istri dan anak
----------	-----------	--------------------	-------------------	------------------------

Diagram 1. Tingkat Nyeri Pasien I dengan Skala Verbal Rating Scale (VRS) saat Bergerak

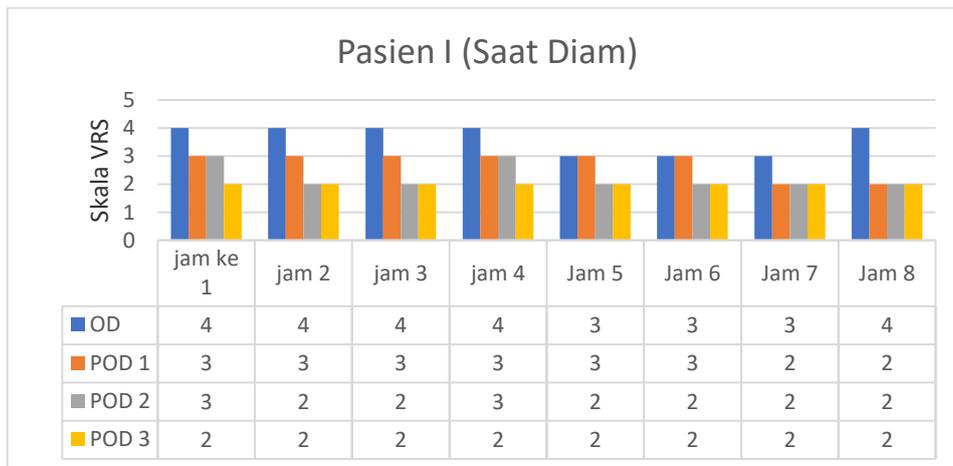


Keterangan:

OD: Operation Day; POD: Post-operation Day

Skala VRS: 0: Tidak nyeri, 1: Ringan/mengganggu, 2. Sedang/Tidak nyaman, 3: Berat: Menderita, 4: Sangat berat/sangat menderita, 5: Paling berat/teramat sangat menderita

Diagram 2. Tingkat Nyeri Pasien I dengan Skala Verbal Rating Scale (VRS) saat diam

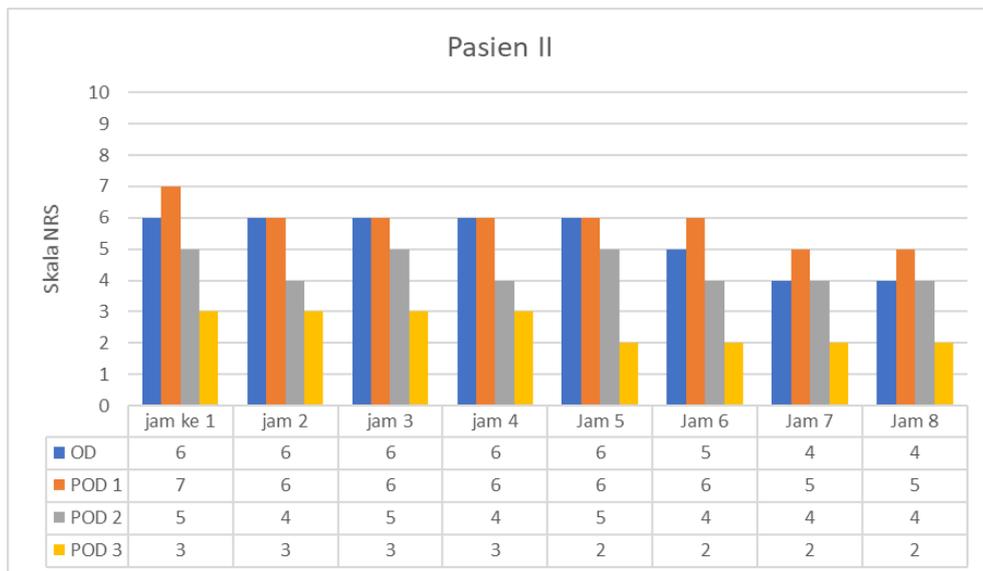


Keterangan:

OD: Operation Day; POD: Post-operation Day

Skala VRS: 0: Tidak nyeri, 1: Ringan/mengganggu, 2. Sedang/Tidak nyaman, 3: Berat: Menderita, 4: Sangat berat/sangat menderita, 5: Paling berat/teramat sangat menderita

Diagram 3. Tingkat Nyeri Pasien II dengan Skala Numeric Rating Scale (NRS)

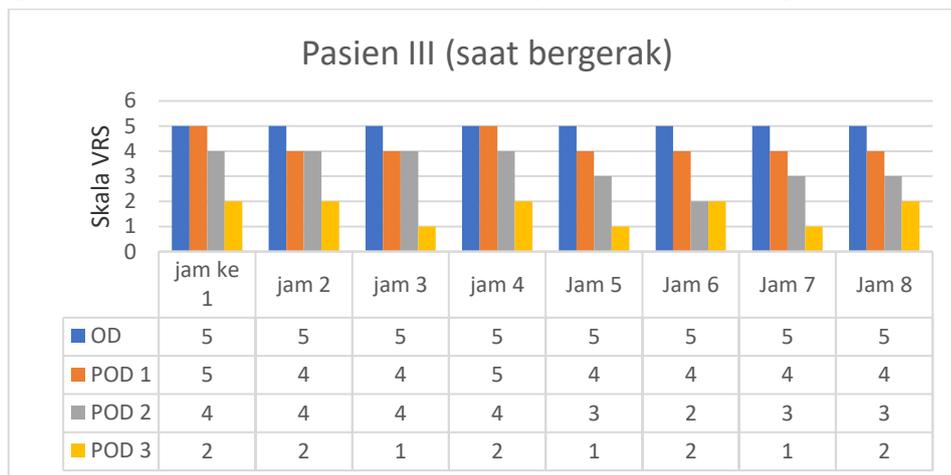


Keterangan:

OD: Operation Day; POD: Post-operation Day

Skala NRS: 0: tidak nyeri, 1-3: Ringan, 4-6: Sedang, 7-10 Berat

Diagram 4. Tingkat Nyeri Pasien III dengan Skala Verbal Rating Scale (VRS) saat Bergerak

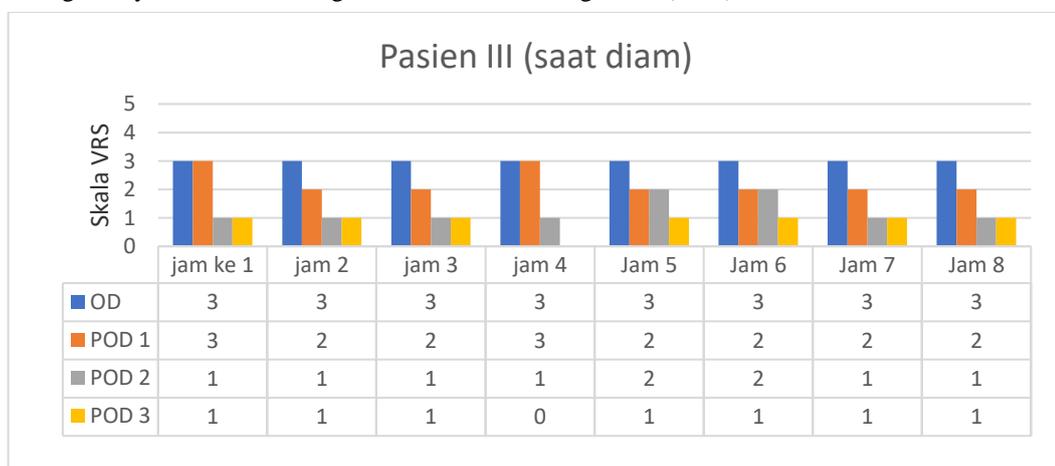


Keterangan:

OD: Operation Day; POD: Post-operation Day

Skala VRS: 0: Tidak nyeri, 1: Ringan/mengganggu, 2. Sedang/Tidak nyaman, 3: Berat: Menderita, 4: Sangat berat/sangat menderita, 5: Paling berat/teramat sangat menderita

Diagram 5. Tingkat Nyeri Pasien III dengan Skala Verbal Rating Scale (VRS) saat diam

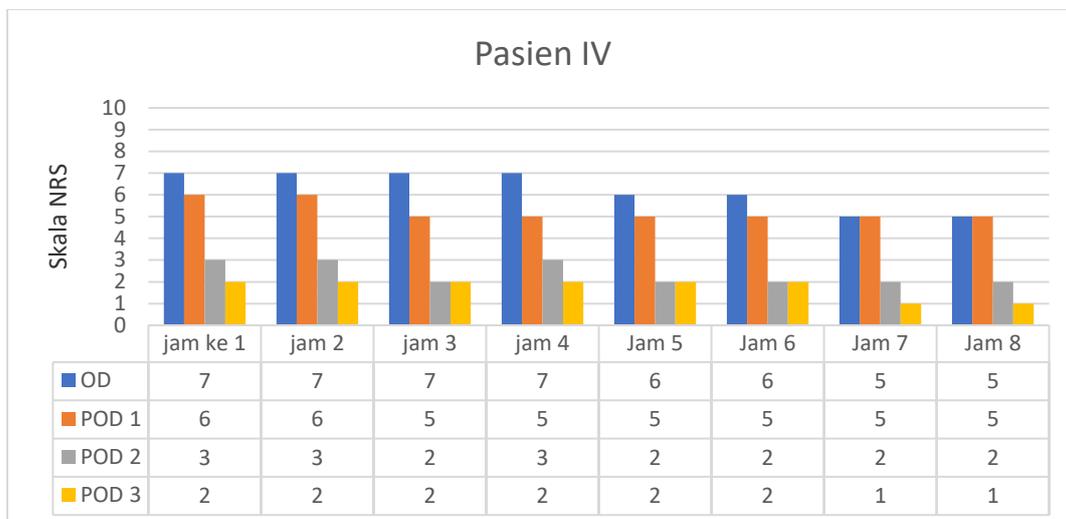


Keterangan:

OD: Operation Day; POD: Post-operation Day

Skala VRS: 0: Tidak nyeri, 1: Ringan/mengganggu, 2. Sedang/Tidak nyaman, 3: Berat: Menderita, 4: Sangat berat/sangat menderita, 5: Paling berat/teramat sangat menderita

Diagram 6. Tingkat Nyeri Pasien II dengan Skala Numeric Rating Scale (NRS)



Keterangan:

OD: Operation Day; POD: Post-operation Day

Skala NRS: 0: tidak nyeri, 1-3: Ringan, 4-6: Sedang, 7-10 Berat

Tabel 2. Terapi Farmakologis Operation Day - Post Operation Day 3

Nama obat	Pasien I	Pasien II	Pasien III	Pasien IV
Operation Day/OD (2 x/day)	Infus Tutofusin 500 ml + Pethidine 75 mg + Ketorolac 30 mg	Infus Tutofusin 500 ml + Pethidines 75 mg + Ketorolac 30 mg	Infus Tutofusin 500 ml + Pethidine 100 mg	Bufivakain inj 4-15 mg/jam
Jam Pemberian	24 jam continue	24 jam continue	24 jam continue	24 jam continue
POD 1	Ketorolac 2 x 30 mg iv	Ketorolac 3 x 30 mg iv	Paracetamol 3 x 1 gram (iv drip)	Ketorolac 2x 30mg iv
Jam Pemberian	8 -20	8-13-20	8-13-20	8-20
POD 2	Ketorolac 2 x 30 mg iv	Ketorolac 3 x 30 mg iv	Paracetamol 3 x 1 gram (iv drip)	Ketorolac 2x 30mg iv
Jam Pemberian	8 -20	8-13-20	8-13-20	8-20
POD 3	Ketorolac 2 x 30 mg iv	Ketorolac 3 x 30 mg iv	Paracetamol 3 x 500 mg po	Ketorolac 2x 30mg iv
Jam Pemberian	8 -20	8-13-20	8-13-20	8-20

Tabel 3. Intensitas Nyeri Paska Intervensi Farmakologi

Hari	Pasien I (VRS)	Pasien II (NRS)	Pasien III (VRS)	Pasien IV (NRS)
OD	Paling berat	6	Paling berat	7
POD 1	Sangat berat	6	Berat	7
POD 2	berat	5	Ringan	5
POD 3	sedang	3	Ringan	2

Keterangan:

OD: Operation Day; POD: Post-operation Day

Skala NRS: 0: tidak nyeri, 1-3: Ringan, 4-6: Sedang, 7-10 Berat

Skala VRS: 0: Tidak nyeri, 1: Ringan/mengganggu, 2. Sedang/Tidak nyaman, 3: Berat: Menderita, 4: Sangat berat/sangat menderita, 5: Paling berat/teramat sangat menderita

Tabel 4. Intensitas Nyeri Paska Intervensi Relaksasi

Hari	Pasien I (VRS)	Pasien II (NRS)	Pasien III (VRS)	Pasien IV (NRS)
POD 1	sangat berat	6	Paling berat	7
POD 2	Sangat berat	4	Ringan	5
POD 3	sedang	3	Ringan	5

Keterangan:

OD: Operation Day; POD: Post-operation Day

Skala NRS: 0: tidak nyeri, 1-3: Ringan, 4-6: Sedang, 7-10 Berat

Skala VRS: 0: Tidak nyeri, 1: Ringan/mengganggu, 2. Sedang/Tidak nyaman, 3: Berat: Menderita, 4: Sangat berat/sangat menderita, 5: Paling berat/teramat sangat menderita

Tabel 5. Respon Fisiologis: Tanda-Tanda Vital (POD 1 pra-pasca tehnik relaksasi)

	Pasien I 26/11	Pasien II 28/11	Pasien III 26/11	Pasien IV 21/11
	Jam 8	Jam 9	Jam 8	Jam 8
Tekanan Darah	140/80 mmHg	100/60 mmHg	110/60 mmHg	110/70
Denyut Jantung	102	88	100	80
Respirasi	21	18	18	23
Suhu	36.6	36.7	36.6	36.7
	Jam 13	Jam 12	Jam 14	Jam 13
Tekanan Darah	150/80	100/70	120/60	110/70
Denyut Jantung	104	80	80	83
Respirasi	22	18	18	24
Suhu	36.3	36.4	36.6	36.7
		Jam 14		
		90/60		
		84		
		16		
		36.3		

Tabel 6. Respon Fisiologis: Tanda-Tanda Vital (POD 2 pra-pasca tehnik relaksasi)

	Pasien I 27/11	Pasien II 29/11	Pasien III 27/11	Pasien IV 22/11
	Jam 8	Jam 9	Jam 8	Jam 8
Tekanan Darah	160/90 mmHg	95/60 mmHg	140/60 mmHg	130/80
Denyut Jantung	97	88	108	92
Respirasi	22	18	27	26
Suhu	36.3	36.7	36.8	37.2
	Jam 13	Jam 13	Jam 14	Jam 13
Tekanan Darah	140/80	90/60 mmHg	130/80	130/80
Denyut Jantung	80	80	104	91
Respirasi	25	18	26	25
Suhu	36.5	36.4	36.7	37.1

Tabel 7. Respon Fisiologis : Tanda-Tanda Vital (POD 3 pra-pasca tehnik relaksasi)

	Pasien I 28/11	Pasien II 29/11	Pasien III 28/11	Pasien IV 23/11
	Jam 8	Jam 9	Jam 8	Jam 8
Tekanan Darah	150/60 mmHg	100/60	140/70 mmHg	130/80
Denyut Jantung	88	80	92	92
Respirasi	21	18	26	28
Suhu	36.5	36.7	36.3	37.2
	Jam 13	Jam 13	Jam 14	Jam 13

Tekanan Darah	160/90	100/60	140/90	130/80
Denyut Jantung	102	80	102	91
Respirasi	18	18	26	28
Suhu	36.3	36.8	36.8	37.1

V. PEMBAHASAN

A. Gambaran pengalaman nyeri pada pasien pasca operasi

Pengalaman nyeri pada pasien pasca operasi berbeda-beda, yang pertama dapat dilihat dari jenis operasi yang dilakukan pada pasien tersebut dari kasus ini jenis operasi yang dilakukan adalah dua operasi orthopedi (hip arthroplasti dan CRIF chepalomedhulary nailing), satu bedah abdomen (apendic per Laparatomi), dan bedah urologi (vesikolithotomi). Kasus tersebut merupakan kasus pasca operasi dengan gejala nyeri, nyeri pasca operasi termasuk ke dalam nyeri akut yaitu nyeri yang terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermitten (sesekali) tidak konsisten. Nyeri akut berasal dari cara normal sistem saraf memproses trauma pada kulit, otot, dan organ viseral. Istilah lain untuk nyeri akut adalah nyeri nosiseptif (Rosdahl & Kowalski, 2012). Nyeri akut dapat mengancam proses pemulihan seseorang yang berakibat pada bertambahnya waktu rawat, peningkatan resiko komplikasi karena imobilisasi, dan tertundanya proses rehabilitasi. Tujuan dari perawatan adalah mengurangi ambang nyeri sampai pada tingkat yang dapat ditoleransi sehingga pasien dapat berpartisipasi dalam proses pemulihannya (Potter & Perry, 2010).

Faktor usia dan jenis kelamin juga mempengaruhi respon nyeri, dimana dua pasien wanita berusia lansia dengan operasi orthopedi menunjukkan reaksi nyeri yang lebih parah dibandingkan dengan dua pasien lainnya. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa usia mempengaruhi pengalaman nyeri (Lovich-Sapola, Smith, & Brandt, 2015), nyeri pasca operasi adalah pengalaman multifaktorial individu yang dipengaruhi oleh budaya pasien, psikologi, genetika, peristiwa nyeri sebelumnya, kepercayaan, suasana hati, dan kemampuan untuk mengatasinya, serta jenis prosedur yang dilakukan. Begitu juga

dengan sebuah penelitian prospektif menganalisa variabel prediktif terhadap intensitas nyeri khususnya pada pasien lansia mengungkapkan bahwa tingkat nyeri sebelum operasi, penggunaan opioid sebelum operasi, jenis kelamin wanita, status fisik ASA (*American Society of Anesthesiologists physical status classification*) yang lebih tinggi, dan metode pengendalian nyeri pasca operasi adalah prediktor terkuat dari nyeri pasca operasi yang diukur pada hari pertama setelah operasi (Kinjo, Sands, Lim, Paul, & Leung, 2012).

Penelitian lain juga mengungkapkan hal yang sama bahwa respon nyeri bisa dilihat dari jenis kelamin, jenis kelamin perempuan skor skala nyeri lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pieretti et al., (2016), hal ini menjadi jelas bahwa perbedaan gender dan bantuan yang muncul terhadap nyeri merupakan hasil dari interaksi genetik, anatomi, fisiologis, neuronal, hormonal, psikologis dan faktor sosial yang memodulasi nyeri secara berbeda pada jenis kelamin. Data eksperimental menunjukkan bahwa faktor keduanya merupakan modulasi berbeda dari sistem opioid endogen dan hormon seks mempengaruhi sensitivitas nyeri pada pria dan wanita. Faktor biologis seperti hormon seks dianggap salah satunya mekanisme utama yang menjelaskan perbedaan jenis kelamin dalam persepsi nyeri.

Melihat intensitas nyeri pada hari pasca operasi berdasarkan jenis operasi, tingkat nyeri rata-rata yang dilaporkan oleh pasien dengan bedah orthopedi melaporkan nyeri "paling berat/teramat sangat menderita" (VRS) apabila bergerak. Pada pasien dengan bedah abdomen dan urologi intensitas rata-rata nyeri pada hari operasi adalah 6/10 atau nyeri sedang (NRS). Ekspresi nyeri yang pada umumnya ke empat pasien tunjukkan adalah meringis dan mengurangi pergerakan. Pasien I (hip arthroplasti) mengekspresikan nyeri dengan berteriak keras saat pasien di

reposisi tubuh setiap 2 jam. Lokasi nyeri yang dilaporkan adalah pada daerah luka operasi. Karakteristik nyeri yang dilaporkan pada tiga pasien adalah seperti dikoyak dan pasien abdomen melaporkan nyeri seperti berdenyut.

Beratnya intensitas nyeri yang dilaporkan pada kasus orthopedi dibandingkan kasus lain sesuai dengan sebuah hasil penelitian prospektif yang menganalisa tingkat nyeri pasca operasi pada banyak jenis operasi. Intensitas nyeri dinilai dengan NRS terhadap 50.523 pasien dan hasilnya dibandingkan berdasarkan 179 kelompok bedah. Hasil dari penelitian tersebut menemukan 40 prosedur dengan skor nyeri tertinggi (skala nilai numerik median, 6-7) termasuk 22 prosedur ortopedi / trauma pada ekstremitas. Sejumlah operasi perut “mayor” menghasilkan skor nyeri yang relatif rendah. seringkali karena analgesia epidural yang cukup. Prosedur bedah kecil dapat menimbulkan nyeri yang lebih parah, oleh karena itu pentingnya untuk mengidentifikasi nyeri dan memberikan perawatan nyeri sesuai dengan prosedur yang ada (Gerbershagen et al., 2013).

Budaya keseluruhan pasien adalah adat sunda. Saat diwawancarai, hanya satu pasien yang awalnya menganggap bahwa nyeri yang di alami adalah akibat santet, namun setelah mendapat kepastian secara medis akhirnya pasien menjalani pengobatan secara medis. Nyeri yang dilaporkan berdampak pada kemampuan pasien untuk mobilisasi dan memenuhi kebutuhan ADL. Namun masalah ini dilaporkan lebih sulit pada pasien pasca bedah orthopedi ekstremitas bawah dan memerlukan bantuan petugas dan keluarga untuk memobilisasikan dan memenuhi seluruh kebutuhan pasien di tempat tidur.

Dalam penilaian intensitas nyeri, pada awalnya penulis hendak menggunakan satu jenis instrumen yaitu skala NRS untuk semua kasus. Namun, saat skala ini diaplikasikan kepada pasien lansia (I & III) pasien tidak memahami apa yang dimaksudkan. Penulis kemudian mencoba menggunakan *Face Analog Scale* (FAS) kepada pasien lansia namun, pasien mengeluh penglihatan kabur dan tidak

membawa kacamata. Saat *Verbal Rating Scale* (VRS) diaplikasikan, pasien lansia dapat mengerti dan mendeskripsikan nyeri yang dirasakan. Kecocokan aplikasi VRS pada lansia ini didukung oleh sebuah penelitian membandingkan penggunaan skala ukur nyeri VAS (*Visual Analog Scale*) dan VRS (*Verbal Rating Scale*) dengan dua alat yang lebih ekspresif: *Red Wedge Scale* 50-cm (RWS) dan *Face Pain Scale* (FPS) pada 160 pasien usia lanjut yang telah menjalani operasi jantung. Hasil penelitian menyatakan VRS adalah skala nyeri yang paling layak, diikuti oleh RWS terlepas dari usia mereka (65-86 tahun). VAS 10-cm tradisional tidak cocok untuk pengukuran nyeri pada populasi ini. Secara umum, alasan untuk ketidakcocokan ini adalah kebingungan pasca operasi, kelelahan, delirium, atau keengganan untuk menjawab. Karena kemampuan membaca, menulis, dan ekspresif tampaknya tidak diperlukan untuk penggunaan yang berhasil menjadi alat praktis untuk menilai rasa sakit pada lansia, yang mungkin mengalami kesulitan mengkomunikasikan nyeri mereka menggunakan skala yang lebih tradisional (Pesonen, 2008).

B. Analisis Manajemen Nyeri Pasca Operasi

Manajemen nyeri farmakologis yang diberikan pada pasien pasca operasi di RSHS Ruang Kemuning V yaitu:

a. Manajemen farmakologi

- 1) Pasien I diberikan terapi farmakologi hari operasi Tutofusin 500 ml + Pethidine 75 mg + Ketorolac 30 mg, pada hari ke 1 pasca operasi, hingga POD 3, ketorolac 30 mg setiap 12 jam iv.
- 2) Pasien ke 2 terapi farmakologi yang diberikan pada hari operasi adalah Tutofusin 500 ml + Pethidine 75 mg + Ketorolac 30 mg, pada hari ke 1 pasca operasi hingga POD 3, adalah ketorolac 30 mg setiap 12 jam iv.
- 3) Pasien ke 3 terapi farmakologi yang diberikan pada hari operasi adalah Tutofusin 500 ml + Pethidine 75 mg, pada hari ke 1 pasca operasi sampai hari ke 3 adalah Paracetamol 3 x 1

gram (iv drip) → ganti oral 3 x 500mg

- 4) Pasien ke 4 terapi farmakologi yang diberikan pada hari operasi adalah Tutofusin 500 ml + Pethidine 75 mg, pada hari ke 1 pasca operasi sampai hari ke 3 adalah ketorolac 30 mg setiap 12 jam iv dripp.

b. Keterangan Obat

1) Petidine

Meperidin (petidin) secara farmakologik bekerja sebagai agonis reseptor μ . Seperti halnya morfin, meperidin (petidin) menimbulkan efek analgesia, sedasi, euforia, depresi nafas dan efek sentral lainnya. Waktu paruh petidin adalah 5 jam. Efektivitasnya lebih rendah dibanding morfin, tetapi lebih tinggi dari kodein. Durasi analgesinya pada penggunaan klinis 3-5 jam. Dibandingkan dengan morfin, meperidin lebih efektif terhadap nyeri neuropatik. Meperidin hanya digunakan untuk menimbulkan analgesia. Pada beberapa keadaan klinis, meperidin diindikasikan atas dasar masa kerjanya yang lebih pendek daripada morfin. Meperidin digunakan juga untuk menimbulkan analgesia obstetrik dan sebagai obat preanestetik.

2) Bupivacain

Bupivacain adalah anestesi lokal (non-opioid 4) yang menghambat generasi dan konduksi impuls saraf. Hal ini umumnya digunakan untuk analgesia oleh infiltrasi sayatan bedah. Penggunaan preemptive analgesik (termasuk anestesi lokal digunakan untuk mengontrol nyeri pasca operasi) yaitu sebelum cedera jaringan, disarankan untuk memblokir sensitisasi sentral, sehingga mencegah rasa sakit atau nyeri membuat lebih mudah untuk mengontrol. Bupivacain diindikasikan untuk anestesi lokal termasuk infiltrasi, blok saraf, epidural, dan intratekal anestesi. Bupivacain sering diberikan

melalui suntikan epidural sebelum artroplasti pinggul. Obat tersebut juga biasa digunakan untuk luka bekas operasi untuk mengurangi rasa nyeri dengan efek obat mencapai 20 jam setelah operasi. Bupivacaine dapat diberikan bersamaan dengan obat lain untuk memperpanjang durasi efek obat seperti misalnya epinefrin, glukosa, dan fentanil untuk analgesi epidural

3) Ketorolac

Ketorolac merupakan suatu analgesik non-narkotik. Obat ini merupakan obat anti-inflamasi nonsteroid (NSAID) yang menunjukkan aktivitas antipiretik yang lemah dan anti inflamasi. Ketorolac menghambat sintesis prostaglandin dan dapat dianggap sebagai analgesik yang bekerja perfer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiat. Ketorolac diindikasikan untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah. Durasi median analgesia umumnya 4 sampai 6 jam dan ketorolac tidak boleh lebih dari lima hari. Ketorolac secara parenteral dianjurkan diberikan segera setelah operasi. Harus diganti ke analgesik alternatif sesegera mungkin, asalkan terapi ketorolac tidak melebihi 5 hari. Ketorolac tidak dianjurkan untuk digunakan sebagai obat prabedah obstetri atau untuk analgesia obstetri karena belum diadakan penelitian yang adekuat mengenai hal ini dan karena diketahui mempunyai efek menghambat biosintesis prostaglandin atau kontraksi rahim dan sirkulasi fetus.

4) Paracetamol

Paracetamol adalah derivat p-aminofenol yang mempunyai sifat antipiretik/analgesic, sifat antipiretik disebabkan oleh gugus aminobenzen dan mekanismenya diduga berdasarkan efek sentral.

sifat analgesik parasetamol dapat menghilangkan rasa nyeri ringan sampai sedang, sifat antiinflamasinya sangat lemah sehingga sehingga tindak digunakan sebagai antirematik. Indikasi sebagai antipiretik/analgesik, termasuk bagi pasien yang tidak tahan asetosal. Sebagai analgesik, misalnya untuk mengurangi rasa nyeri pada sakit kepala, sakit gigi, sakit waktu haid dan sakit pada otot. menurunkan demam pada influenza dan setelah vaksinasi

Dari ke empat pasien diatas, tiga pasien menggunakan terapi farmakologi segera setelah operasi yaitu pemberian analgesic golongan opioid (petidine) dan NSAID (ketorolac), sedangkan satu pasien menggunakan Buvivakain (golongan anastesi) pada 24 jam pertama pasca operasi. Pada hari selanjutnya, tiga pasien diberikan analgesik golongan NSAID (ketorolac 30 mg iv, 2-3 x/hari) dan satu pasien lansia mendapat Paracetamol 1g iv drip. Pemberian analgesik paska operasi sudah memenuhi obat standar analgesik yang sebaiknya diberikan pada pasien pasca operasi yaitu, Pethidine (opioid lemah) + ketorolac (NSAID) untuk nyeri sedang – berat, dan NSAID diberikan untuk nyeri ringan-sedang.

Menurut penelitian tahun 2017 terkait penggunaan analgesik di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menyatakan bahwa jenis analgesik pasca operasi terbanyak yang digunakan adalah kombinasi petidin dan ketorolac i.v. sebanyak 290 (60,9%) pasien dan yang paling sedikit digunakan adalah kombinasi tramadol dan parasetamol i.v. sebanyak 3 pasien (0,6%). Namun efektifitas dari farmakologis tersebut perlu dinilai lebih lanjut (Prabandari, Indriasari, & Maskoen, 2018).

c. Manajemen nyeri non farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi yang tersedia di RSHS adalah intervensi teknik relaksasi dan distraksi. Pasien kelolaan studi kasus di Ruang

Kemuning V diberikan teknik relaksasi. Relaksasi merupakan perasaan bebas secara mental dan fisik dari ketegangan aatau stres yang membuat individu mempunyai rasa kontrol terhadap dirinya. Perubahan fisiologis dan perilaku berhubungan dengan relaksasi yang mencakup: menurunnya denyut jantung, tekanan darah, dan kecepatan pernafasan; meningkatnya kesadaran secara global; menurunnya kebutuhan oksigen, perasaan damai; serta menurunnya ketegangan otot dan kecepatan metabolisme. Untuk lebih efektif, ajar tehnik ini ketika klien tidak terdistraksi oleh kenyamanan/nyeri akut (Potter & Perry, 2010). Intervensi relaksasi yang diberikan kepada pasien adalah berdasarkan panduan SPO (standar prosedur operasional) RSHS (x/1/1.2/05/0327)

C. Evaluasi Efektivitas Manajemen Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi.

Intervensi farmakologis dan non farmakologis pasien dengan pasca operasi diharapkan dapat menghilangkan nyeri secara efektif sesuai dengan yang diharapkan karena nyeri pasca operasi merupakan nyeri akut dan apabila tidak di tangani secara serius dapat berlanjut ke nyeri kronik. Perawatan paska operasi yang tidak memadai rasa sakit terus terjadi, meskipun ada kemajuan dalam teknik analgesik, menempatkan pasien yang berisiko untuk *Chronic postsurgical pain* (CPSP) dan kecacatan yang signifikan. Nyeri yang optimal dihasilkan dari manajemen yang tepat dalam periode pra operasi, intraoperatif, dan pasca operasi dan membutuhkan pendidikan yang tepat bagi dokter, perawat, penyedia layanan kesehatan lainnya, dan pasien. Pemahaman tentang patofisiologi nyeri pasca operasi dan berbagai pilihan yang tersedia untuk analgesia seringkali menghasilkan prosedur khusus, multimodal pendekatan, mengoptimalkan penghilang rasa sakit, mengurangi efek samping, dan menciptakan pengalaman pasien yang lebih baik (Lovich-Sapola, Smith, & Brandt, 2015).

a. Pasien I

Pemberian intervensi farmakologi dan nonfarmakologi pada hari operasi adalah Tutofusin 500 ml + Pethidine 75 mg + Ketorolac 30 mg drip sampai habis dan teknik relaksasi dengan skor nyeri rata-rata dari jam ke jam pada saat bergerak adalah nyeri “paling berat” dengan menggunakan VRS.

Pada POD 1 dengan pemberian farmakologi ketorolac 30mg/12 jam yang diberikan setiap jam 8 pagi dan 20 malam. Keefektifan golongan obat NSAID ini dilihat 1 jam setelah pemberian dengan perbaikan nilai skala menjadi “sangat berat”. Relaksasi diberikan saat pasien pada skala nyeri sangat berat dan setelah relaksasi skala nyeri tetap berada di “sangat berat”.

Pada POD 2, pemberian farmakologis yang sama tetap diberikan dengan hasil evaluasi ulang skala nyeri “berat”, dan setelah relaksasi pukul 11 evaluasi ulang dilakukan dan skala nyeri memburuk “sangat berat”.

Pada POD 3, setelah pemberian farmakologi ketorolac 30mg/12 jam skala nyeri tetap “berat” dibandingkan hari sebelumnya dan setelah relaksasi intensitas nyeri ada perbaikan menjadi “sedang”.

a. Pasien II

Pemberian intervensi farmakologi dan nonfarmakologi pada hari ke 1 adalah hari operasi Tutofusin 500 ml + Pethidine 75 mg + Ketorolac 30 mg drip sampai habis dan teknik relaksasi dengan skor nyeri pada hari operasi menggunakan NRS rata-rata dari jam ke jam adalah 6 (nyeri sedang).

Pada POD 1 operasi menggunakan ketorolac 3x30mg (jam 8-13-20). Skor NRS nyeri setelah 1 jam pemberian pagi adalah 6 (nyeri sedang), siang 5 (nyeri sedang). Setelah relaksasi skor NRS 6 (nyeri sedang)

Pada hari ke 2 operasi menggunakan ketorolac 3 x30mg, 1 jam setelah pemberian skor NRS rata-rata 5 (nyeri sedang), dan siang hari NRS 4 (nyeri sedang). Setelah relaksasi skor NRS 4 (nyeri sedang)

Pada POD 3, farmakologis yang diberikan ketorolac 2x30mg iv. Setelah 1 jam pemberian, skor NRS turun menjadi 3 (nyeri ringan) dan siang hari juga turun menjadi 2 (nyeri ringan). Setelah relaksasi skor NRS 3 (nyeri ringan).

b. Pasien III

Pemberian intervensi farmakologi dan nonfarmakologi pada hari operasi adalah Tutofusin 500 ml + Pethidine 75 mg + Ketorolac 30 mg dripp sampai habis. Teknik relaksasi dengan skor nyeri rata-rata dari jam ke jam pada saat bergerak adalah 5 (nyeri paling berat) dengan menggunakan VRS.

Pada hari ke 1 operasi dengan pemberian farmakologi Paracetamol 3 x 1 gram (iv drip). Setelah 1 jam setelah pemberian obat injeksi skor “paling berat”. Setelah relaksasi intensitas nyeri “paling berat”.

Pada hari ke 2 pasca operasi dengan pemberian Paracetamol 3 x 1 gram (iv drip), 1 jam setelah pemberian intensitas nyeri “sangat berat” (VRS) dan setelah relaksasi intensitas nyeri adala “nyeri ringan”.

Pada hari ke 3 pasca operasi dengan pemberian Paracetamol menjadi tablet dengan dosis 3 x 500gram p.o. Intesitas nyeri dengan VRS 1 jam setelah analgesik adalah “nyeri ringan” dan setelah relaksasi dengan rata-rata skor “nyeri ringan”.

c. Pasien IV

Pemberian intervensi farmakologi dan nonfarmakologi pada hari operasi adalah Bufivakain inj 4-15 mg/jam dripp sampai habis dan teknik relaksasi dengan skor nyeri pada hari operasi menggunakan NRS rata-rata dari jam ke jam adalah 7 (nyeri berat).

Pada hari ke 1 operasi menggunakan ketorolac 2x30mg iv. Setelah pemberian 1 jam kemudian NRS 7 (nyeri berat), dan setelah tehnik relaksasi NRS 7 (nyeri berat).

Pada hari ke 2 operasi menggunakan ketorolac 2x30mg i.v rata-rata 2 (nyeri sedang), dan setelah relaksasi NRS 5 (nyeri sedang).

Pada hari ke 3 operasi menggunakan ketorolac 2x30mg i.v dengan rata-rata 2 (nyeri ringan). Keefektifan farmakologis yang diberikan dapat dinilai melalui intensitas nyeri yang dilaporkan. Pada hari operasi, (24 jam pasca operasi), tiga pasien mendapatkan analgesic opioid + NSAID iv drip dan pasien IV mendapatkan buvivakain inj, 2 pasien (I & III) melaporkan intensitas nyeri rata-rata VRS adalah “berat” dan 2 lagi melaporkan skor rata-rata NRS 6.5 (sedang).

Pada hari ke 1 pasca operasi, 2 pasien melaporkan nyeri “sedang” (VRS), dan 2 pasien melaporkan nilai rata-rata NRS 6.5 (sedang) dan hasil ini di kaji 1 jam setelah pemberian analgesik (pagi). Pada hari ke 2 pasca operasi, ke empat pasien melaporkan nyeri “sedang”. Pada hari ke 3 pasca operasi, ke empat pasien melaporkan intensitas nyeri “ringan” 1 jam setelah pemberian obat.

Temuan yang penulis amati bahwa pada 24 jam pasca operasi pasien melaporkan intensitas nyeri yang lebih berat daripada hari berikutnya setelah operasi. Hal ini didukung dengan temuan sebuah penelitian deskriptif cross sectional observational prospektif terhadap 476 pasien pasca operasi bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai analgesik yang digunakan di RSUP Dr. Hasan Sadikin serta efektivitasnya terhadap nyeri pascaoperasi (24 jam pasca operasi). Subjek penelitian dikelompokkan berdasar atas jenis operasi yang menyebabkan nyeri ringan, sedang dan berat. Jenis analgesik pascaoperasi yang digunakan dan skala nyeri menggunakan *numeric rating scale* (NRS) dicatat. Subjek penelitian dikelompokkan berdasar atas jenis operasi yang menyebabkan nyeri ringan, sedang dan berat. Jenis analgesik pascaoperasi yang digunakan dan skala nyeri menggunakan *numeric rating scale* (NRS) dicatat. Efektif bila skala nyeri menggunakan NRS pada jam ke-24 pascaoperasi <4 dan tidak efektif bila

NRS ≥ 4 . Hasil penelitian didapatkan jenis analgesik terbanyak yang digunakan pada pasien pascaoperasi elektif adalah kombinasi petidin dan ketorolac i.v. dan derajat nyeri pada jam ke-24 pascaoperasi elektif yang dialami pasien adalah nyeri ringan NRS 1–3 (57,8%), nyeri sedang NRS 4–6 (26,9%), dan nyeri berat NRS 7–10 (2,7%). Simpulan penelitian ini adalah efektivitas analgesik pascaoperasi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung masih belum baik karena masih terdapat sepertiga pasien mengalami nyeri NRS ≥ 4 dari target rumah sakit 100% bebas nyeri (Prabandari, Indriasari, & Maskoen, 2018).

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan suatu analgesik tidak efektif dalam menangani nyeri adalah: (1) sikap tenaga medis dalam melakukan perawatan terhadap nyeri; (2) tidak ada pengkajian nyeri yang berulang; (3) kurang edukasi mengenai nyeri pascaoperasi; (4) komunikasi yang tidak baik antara tenaga kesehatan dan pasien dalam penyampaian rasa nyeri; (5) kurang jenis obat-obat analgesik; serta (6) kurang pengetahuan tenaga medis mengenai nyeri (Woldehaimanot, Eshetie, Kerie, 2014).

Efektifitas intervensi tehnik relaksasi dinilai setelah intervensi diberikan 2-3 jam setelah pemberian farmakologis pada POD 1 (*Post-operation Day*) sampai POD 3. Dari hasil yang diamati, pada hari ke 1 pasca operasi, diamati ada variasi hasil dimana pasien II & IV (usia lebih muda, operasi abdomen dan urologi) mengalami penurunan intensitas nyeri setelah relaksasi dengan skor rata-rata NRS 6.5 (sedang) dan pada pasien I & III skor rata-rata nyeri tetap pada VRS “berat”. Respon fisiologis yang mengalami penurunan setelah relaksasi, hanya ditunjukkan oleh pasien II & III dengan respon penurunan denyut jantung. Pada POD 2, pola yang serupa dilaporkan oleh pasien dimana pasien II & IV melaporkan penurunan intensitas nyeri setelah relaksasi dengan skor rata-rata NRS 4.5 (sedang), dan pasien I melaporkan “berat” dan pasien III “sedang”. Respon fisiologis yang mengalami penurunan setelah relaksasi,

hanya ditunjukkan dengan turunnya tekanan darah oleh pasien I, III, dan respon penurunan denyut jantung pada pasien I, II, III. Pada POD 3, setelah relaksasi pasien II, III, dan IV melaporkan nyeri “ringan” dan pasien I melaporkan nyeri “sedang”. Respon fisiologis tidak ditunjukkan oleh ke empat pasien dengan respon penurunan tekanan darah, denyut jantung, dan respirasi setelah relaksasi.

Intervensi relaksasi merupakan tehnik merubah perilaku kognitif pasien. Perubahan skala nyeri pada pasien bervariasi, dimana penulis mengamati bahwa pasien dengan operasi ortopedi tidak begitu menunjukkan penurunan intensitas nyeri, kemungkinan banyak faktor yang mempengaruhi nyeri pada pasien bedah ortopedi. Pada pasien bedah abdomen, tampaknya tehnik berhasil mengurangi nyeri berdasarkan intensitas nyeri yang dilaporkan pasien. Hal ini didukung dengan hasil tinjauan sistematis dan metaanalisis terhadap 12 penelitian yang masuk. Terdapat 4 tehnik relaksasi digunakan masuk dalam studi: Relaksasi rahang, relaksasi Benson, relaksasi otot progresif (PMR) dan relaksasi sistematis. Terdapat 10 penelitian menunjukkan nyeri menurun signifikan secara statistik pada kelompok relaksasi dibandingkan dengan kontrol. Data dari 422 pasien dalam kelompok relaksasi dan 424 pasien dalam kelompok kontrol dikumpulkan untuk meta-analisis, yang menunjukkan bahwa pasien yang menjalani operasi abdomen secara signifikan nyeri berkurang lebih besar setelah terapi relaksasi dibandingkan kelompok kontrol [acak: perbedaan rata-rata standar (SMD), -1.15; 95% CI, -2,04 hingga -0,26; $P < 0,00001$]. Namun, kualitas keseluruhan dari studi tidak tinggi. Secara keseluruhan, meskipun ada upaya menunjukkan manfaat terapi relaksasi untuk segera dapat menghilangkan nyeri pada pasien pasca operasi perut, ada kekurangan bukti ilmiah berkualitas tinggi yang mendukung penggunaan rutusnya (Ju et al., 2019). Hal ini juga didukung oleh penelitian sejenis yang menganalisa keefektifan tehnik relaksasi pada pasien bedah abdomen bagian atas. Para pasien menggunakan headphone selama pelatihan untuk mencegah mereka

terganggu oleh suara-suara di sekitarnya dan untuk membantu mereka konsentrasi. Para pasien didorong untuk mendengarkan rekaman sampai mereka menyatakan bahwa mereka telah mempelajari latihan sepenuhnya dan bisa menerapkannya dengan benar. Setelah itu, pasien melakukan latihan relaksasi untuk 30 menit, setelah itu tingkat rasa sakit dinilai kembali dan direkam. Menggunakan uji Wilcoxon T, korelasi Spearman nonparametric analisis, dan analisis eta nominal dengan interval untuk menilai data, persentase, dan analisis frekuensi. Tingkat nyeri ditemukan berkurang setelah latihan relaksasi dibandingkan dengan level sebelum latihan relaksasi ($p < .001$). Latihan relaksasi, metode nonfarmakologis, efektif dalam mengurangi rasa sakit pasca operasi dan karenanya harus dimasukkan dalam rejimen untuk mengontrol nyeri pasca operasi pada pasien yang telah menjalani operasi perut bagian atas (Topcu & Findik, 2012).

Penulis tidak menemukan perubahan respon fisiologis setelah relaksasi. Hal serupa juga ditemukan dalam sebuah penelitian experimental terhadap 40 pasien yang dibagi menjadi kelompok kontrol dan intervensi. Intervensi yang diberikan adalah tehnik relaksasi otot progressive (PMR), hasil akhir penelitian menyatakan ada penurunan signifikan terhadap tingkat nyeri ($P < 0.001$) tetapi tidak ada perubahan status respirasi dan tekanan darah yang ditemukan setelah pemberian tehnik relaksasi (Chandrababu, 2012)

VI. KESIMPULAN

Adapun kesimpulan dan saran dari studi kasus mengenai pengalaman dan manajemen nyeri ini adalah format pengkajian berisikan elemen COLDSPA dapat digunakan dalam mengkaji nyeri pasca operasi secara komprehensif. Berbagai macam skala nyeri yang tersedia dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik pasien itu. Bagi pasien lansia lebih skala VRS lebih mudah dimengerti. Pemberian analgesic masih kurang efektif karna pasien masih belum bebas dari nyeri, perlu dipertimbangkan dosis dalam pemberian obat analgesic opioid berdasarkan intensitas nyeri yaitu sedang-berat, dan perlu dipertimbangkan mengenai

pemberian obat secara prn (pro re nata), dimana perawat dan pasien terlibat dalam pengambilan keputusan untuk mengelola perawatan nyeri akut dan pasien merasa dilibatkan dan memiliki kendali atas nyeri yang dirasakan. Tatalaksana pemberian obat prn sudah diatur dalam standar SNARS, namun pelaksanaannya membutuhkan dukungan dari manajemen dan budaya dari lingkungan praktik. Manajemen non-farmakologis (relaksasi) pada pasien nyeri akut pasca operasi dapat diberikan oleh perawat secara mandiri dengan tujuan untuk mengurangi nyeri dan kecemasan. Namun, disarankan untuk mengkombinasikan dengan teknik lain karena kekurangan bukti ilmiah berkualitas tinggi yang mendukung penggunaan rutinnya. Intervensi farmakologis efektif mengurangi nyeri, dan intervensi non-farmakologis dapat diberikan sebagai pelengkap untuk meningkatkan keefektifan farmakologis. Perawat perlu menilai intensitas nyeri pasien pasca operasi secara berkala agar dapat menilai keefektifan intervensi farmakologi yang diberikan. Sesuai standar mutu pelayanan, pasien harus bebas dari nyeri untuk mendukung pemulihan pasca operasi. Teknik relaksasi dan teknik lainnya juga dapat tetap diberikan untuk mengurangi nyeri dan ketegangan otot pasca operasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulla, A., Adams, N., Bon, M., Elliott, A.M., Gaffin, J., Jones, D., Knaggs, R., Martin, D., Sampson, L., Schofield, P. (2013). Guidance on the Management of Pain in older People. *Age And Ageing* 42 i1-i57. Doi:10-1093/ageing/afs200
- Aslan, F.E. (2010). Pain. In: Care in the medical and surgical diseases. Ed: Karadakovan A & Aslan FE. Nobel Medical Bookstores, Adana, 137-158.
- Barbosa, M.H., Araújo, N.F., Silva, J.A.J., Corrêa, T.B., Moreira, T.M., Andrade, E.V. (2014). Pain assessment intensity and pain relief in patients postoperative orthopedic surgery. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014 Jan/Mar; 18(1):143-147. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140021>
- Chandrababu, R. (2012). Effectiveness of progressive muscle relaxation technique on pain perception among patients who are subjected to abdominal surgery. *Indian J Surg Nurs* 1: 83-88, 2012.
- Denness, K. J., Carr, E. C. J., Seneviratne, C., & Rae, J. M. (2017). Factors influencing orthopedic nurses' pain management: A focused ethnography. *Canadian Journal of Pain*, 1(1), 226–236. <https://doi.org/10.1080/24740527.2017.1403285>
- Garcia, J.B., Bonilla, P., Kraychette, D.C., Flores, F.C., Perez de Valtolina, E.D., Guerrero, C. (2017). Optimizing post-operative pain management in Latin America. *Rev Bras Anesthesiol.* 2017;67(4):395–403.
- Gerbershagen, H. J., Aduckathil, S. M., J., van W. A., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Meissner, W. (2013). Pain Intensity on the First Day after Surgery. *Anesthesiology*, (4), 934–944.
- Hall, G., & Gregory, J. (2016). The assessment and management of pain in an orthopaedic out-patient setting: A case study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 22, 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2015.10.001>
- Ju, W., Ren, L., Chen, J., & Du, Y. (2019). Efficacy of relaxation therapy as an effective nursing intervention for post-operative pain relief in patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 2909–2916. <https://doi.org/10.3892/etm.2019.7915>
- Kinjo, S., Sands, L. P., Lim, E., Paul, S., & Leung, J. M. (2012). Prediction of Postoperative Pain using Path Analysis in Older Patients. *J Anesth., February*(26 (1)), 1–8. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Magidy, M., Warrén-Stomberg, M., & Bjerså, K. (2016). Assessment of post-

- operative pain management among acutely and electively admitted patients - A Swedish ward perspective. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(2), 283–289.
<https://doi.org/10.1111/jep.12475>
- Nursing & Midwifery Council (2015). *The code: Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates*. Retrieved from <http://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/revise-new-nmc-code.pdf>
- Meissner, W., Coluzzi, F., Fletcher, D., Huygen, F., Morlion, B., Neugebauer, E., . . . Pergolizzi, J. (2015). Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *Curr Med Res Opin*, 31(11), 2131-2143. doi:10.1185/03007995.2015.1092122
- Pesonen, A., Suojaranta-Ylinen, R., Tarkkila, P., & Rosenberg, P. H. (2008). Applicability of tools to assess pain in elderly patients after cardiac surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(2), 267–273. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01480.x>
- Pieretti, S., Di Giannuario, A., Di Giovannandrea, R., Marzoli, F., Piccaro, G., Minosi, P., & Aloisi, A. M. (2016). Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanita*, 52(2), 184-189. doi:10.4415/ANN_16_02_09
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan*. Buku 3. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika
- Prabandari, D. A., Indriasari, & Maskoen, T. (2018). Efektivitas Analgesik 24 Jam Pascaoperasi Elektif di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2017. *Jurnal Anestesi Perioperatif*, 6(2 (1)), 98–104.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Edisi 10. Volume 3 Jakarta: EGC
- Smith, M.T., and Muralidharan, A. (2014). *Pain Pharmacology and Pharmacological Management of Pain*.
- SNARS (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. <http://web90.opencloud.dssdi.ugm.ac.id/wpcontent/uploads/sites/644/2018/05/SNARS-Edisi-1.pdf>
- Tavares, Xavier, A., de Lima, Maysa, K., Rodrigues, Burgos, Tâmara, M., Cavalcanti de Lira, M. da C., & Queiroga, Serrano, S. (2018). Evaluation of postoperative pain under the nurse's point of view. *Journal of Nursing*, 12(9), 3–8. Retrieved from <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234730>
- Topcu, S. Y., & Findik, U. Y. (2012). Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain Manag Nurs*, 13(1), 11-17. doi:10.1016/j.pmn.2010.07.006
- Woldehaimanot TE, Eshetie TC, Kerie MW. Postoperative pain management among surgically treated patients in an Ethiopian Hospital. *PLoS One*. 2014;9(7):e102835. doi:10.1371/journal.pone.0102835. eCollection 2014.
- Yudiyanta, N. K., Novitasari, R.W. (2015). *Assessment Nyeri. Patient Comfort Assessment Guide*. CDK-226/ vol. 42 no. 3. www.19_226Teknik-Assessment_Nyeri.pdf