

**HUBUNGAN PENERAPAN MANAJEMEN NYERI NON FARMAKOLOGI
DENGAN KEPUASAN PASIEN POST OPERATIF DI RUANG
EDELWEIS DAN SERUNI RSUD TAMAN HUSADA
BONTANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan



DIAJUKAN OLEH

ENDANG WAHYUTI

NIDN: 1311308230833

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2015**

**Hubungan Penerapan Manajemen Nyeri Non Farmakologi
dengan Kepuasan Pasien Post Operatif di Ruang
Edelweiss dan Seruni RSUD Taman Husada
Kota Bontang**

Endang Wahyuti¹, Maridi.M.D.², Ramdhany. I.²

INTISARI

Latar belakang : Setiap pembedahan selalu berhubungan dengan perlukaan yang merupakan trauma. Salah satu keluhan yang sering dikemukakan adalah nyeri. Nyeri setelah pembedahan merupakan salah satu keluhan yang paling ditakuti oleh klien setelah pembedahan. Oleh karena itu, diperlukan manajemen nyeri non farmakologis untuk mengurangi nyeri.

Tujuan penelitian : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan manajemen nyeri non farmakologis dengan kepuasan pasien post operatif di Ruang Edelweis dan Seruni Rumah Sakit Taman Husada Bontang

Metode penelitian : Rancangan penelitian ini adalah *descriptive correlation* dengan metode pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah pasien post operatif yang dirawat di Ruang Edelweis dan Seruni RSUD Taman Husada Bontang yang berjumlah 30 orang, cara pengambilan sampel dengan *accidental sampling*. Alat yang digunakan kuesioner dengan pernyataan mengenai manajemen nyeri non farmakologis sebanyak 3 item pernyataan dan kuisisioner kepuasan pasien post operatif sebanyak 25 item pernyataan. Analisis untuk uji hipotesis dengan uji statistik *Chi Square*.

Hasil penelitian : Hasil uji statistik *Chi Square* diketahui nilai *p value* = 0,001. Nilai tersebut lebih kecil dari α ($p < 0,05$) maka H_0 ditolak berarti ada hubungan yang signifikan antara manajemen nyeri non farmakologis dengan kepuasan pasien post operasi di Ruang Edelweis dan Seruni Rumah Sakit Taman Husada Bontang

Kesimpulan : Ada hubungan yang signifikan/ bermakna antara manajemen nyeri non farmakologis dengan kepuasan pasien post operasi di Ruang Edelweis dan Seruni Rumah Sakit Taman Husada Bontang

Kata Kunci: manajemen nyeri non farmakologis, post operasi, kepuasan pasien

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda dan Perawat di RSUD Bontang

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda

The Correlation of Non-Farmacologic Pain Management Treatment and Post Surgery Patient Satisfaction In Edelweiss and Seruni Ward Rsud Taman Husada Bontang

Endang Wahyuti¹, Maridi.M.D.², Ramdhany.I.²

ABSTRACT

Background : Every surgery always have relation with wound that can traumatized patient. One of the complaint that always thought by patient is pain. Post surgery pain is one of the symptom that makes patient feel uncomfortable and not feel well. To reduce the problem, non-farmalogical pain management is indeed important.

Purpose : This study aims to determine the correlation of non farmacological pain management and post surgery patient satisfaction in Edelweiss and Seruni Ward RSUD Taman Husada Bontang.

Methods : The study design was Descriptive Correlation with Cross Sectional methods approach. The study population was post-surgery patient in Edelweiss and Seruni Ward, amounting to 30 people, with a accidental sampling. The instrument used a questionnaire with statements about non-farmalogic pain management as much as 3 items and the patient satisfaction as much as 25 items. Analysis to test the hypothesis with Chi Square statistical test.

Result : Chi Square Correlation statistical test known value of $P = 0.001$, the value is less than α ($P < 0.05$), then H_0 is rejected means that there is a significant / meaningful between the farmacological pain management and post surgery patient satisfaction in Edelweiss and Seruni Ward RSUD Taman Husada Bontang.

Conclusion : There was a statistically significant correlation between the non-farmacological pain management and post surgery patient satisfaction in Edelweiss and Seruni Ward RSUD Taman Husada Bontang.

Key Words: non-farmacological pain management, post surgery, patient satisfaction

¹ Student of Nursing School STIKES Muhammadiyah Samarinda and Nurse of RSUD Bontang

² Lecturer of Nursing School STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembedahan merupakan suatu tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani ditampilkan, selanjutnya dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidajat, 2005).

Secara garis besar pembedahan dibedakan menjadi dua, yaitu pembedahan mayor dan pembedahan minor (Mansjoer, 2000). Istilah bedah minor (operasi kecil) dipakai untuk tindakan operasi ringan yang biasanya dikerjakan dengan anestesi lokal, seperti mengangkat tumor jinak, kista pada kulit, sirkumsisi, ekstraksi kuku, penanganan luka. Sedangkan bedah mayor adalah tindakan bedah besar yang menggunakan anestesi umum/ general anestesi, yang merupakan salah satu bentuk dari pembedahan yang sering dilakukan (Sjamsuhidayat, 2005).

Setiap pembedahan selalu berhubungan dengan perlukaan yang merupakan trauma atau kekerasan bagi penderita yang nantinya akan menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Salah

satu keluhan yang sering dikemukakan adalah nyeri. Hal ini didukung oleh penelitian Megawati (2010), bahwa pasien pasca laparatomi mengeluhkan nyeri sedang sebanyak 57,70%, yang mengeluhkan nyeri berat 15,38%, dan nyeri ringan sebanyak 26,92%. Nyeri ini muncul dan merupakan kondisi fisiologis karena adanya trauma jaringan dan diikuti oleh perubahan kimia dalam tubuh.

Tindakan pembedahan yang dilakukan nantinya akan menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh (Wall & Jones, 1991). Untuk menjaga homeostasis, tubuh melakukan mekanisme untuk segera melakukan pemulihan pada jaringan tubuh yang mengalami perlukaan. Pada proses pemulihan inilah terjadi reaksi kimia dalam tubuh sehingga nyeri dirasakan oleh pasien (Fields, 1987). Pada proses operasi digunakan anestesi agar pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah. Namun setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar, ia akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan (Wall & Jones, 1991) .

Nyeri menurut *The International Association for the Study of Pain* (1986) nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang disertai oleh kerusakan jaringan secara potensial dan aktual. Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh *stimulus* tertentu. Rasa nyeri yang timbul akibat pembedahan bila tidak diatasi dapat menimbulkan efek yang membahayakan yang mengganggu proses

penyembuhan dan akan mempengaruhi proses tumbuh kembang anak (Soetjiningsih, 1995). Seorang anak tidak mudah untuk mengatakan tentang nyeri yang dirasakannya. Jika seorang anak dalam keadaan nyeri, sering tidak mengatakan apa-apa termasuk ketika seorang anak mengalami nyeri yang muncul setelah tindakan pembedahan (Haley, 2003).

Nyeri setelah pembedahan merupakan salah satu keluhan yang paling ditakuti oleh klien setelah pembedahan. Sensasi nyeri mulai terasa sebelum kesadaran klien kembali penuh, dan semakin meningkat seiring dengan berkurangnya pengaruh anestesi.

Adapun bentuk nyeri yang dialami oleh klien pasca pembedahan adalah nyeri akut yang terjadi karena adanya luka insisi bekas pembedahan (Perry dan Potter, 2006). Nyeri akut yang dirasakan oleh klien pasca operasi merupakan penyebab stress, frustrasi, dan gelisah yang menyebabkan klien mengalami gangguan tidur, cemas, tidak nafsu makan, dan ekspresi tegang. Selain itu nyeri juga dapat meningkatkan metabolisme dan curah jantung, kerusakan respon insulin, peningkatan produksi kortisol dan retensi cairan. (Smeltzer & Bare, 2002). Sehingga untuk mengatasi masalah tersebut maka di perlukan metode yang biasa dilakukan oleh perawat.

Ada dua pendekatan yang biasa digunakan oleh perawat dalam manajemen nyeri, yaitu pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Pendekatan farmakologi merupakan tindakan kolaborasi

antara perawat dengan dokter, yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri. Sedangkan pendekatan non farmakologi merupakan tindakan mandiri perawat untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan teknik manajemen nyeri, misalnya dengan *Transcutan Electric Nervous Stimulating (TENS)*, relaksasi, terapi musik, distraksi, terapi bermain, acupressure, aplikasi panas/ dingin, massage, dan hipnosis (Mc Closkey dan Bulecheck, 2000).

Duffy (2003) menjelaskan dalam model kualitas pelayanan (*Quality caring model*) menjelaskan bahwa kualitas pelayanan keperawatan dapat dilihat melalui 5 kriteria yang dapat dilihat dari pasien yaitu: kualitas hidup, keselamatan, spesifikasi penyakit, kepuasan, dan pengetahuan pasien. ANA (*American Nursing Association*) (1996) dalam *National Database for Nursing Quality Indicators* (NDNQI) menetapkan 10 standar mutu dalam pelayanan keperawatan yang merupakan salah satu indikator untuk mengukur kepuasan pelayanan, yaitu: 1) Angka infeksi nasokomial; 2) angka pasien jatuh; 3) Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan; 4) Kepuasan pasien terhadap pelayanan nyeri/rasa aman; 5) Kepuasan pendidikan kesehatan; 6) kepuasan terhadap asuhan keperawatan; 7) mempertahankan integritas kulit; 8) tingkat kepuasan perawat; 9) Kombinasi kerja perawat profesional dan non profesional; 10) total jumlah perawat perpasien.

Kepuasan yang tinggi akan menunjukkan keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu mempengaruhi pasien dalam hal menerima perawatan. Hal ini juga berlaku untuk RSUD Taman Husada Kota Bontang terutama di ruang perawatan Seruni dan Edelweis.

Ruang Edelweis dan Ruang Seruni adalah merupakan salah satu ruangan perawatan di RSUD Taman Husada Kota Bontang. Kedua ruangan tersebut adalah merupakan ruang perawatan bedah dimana pasien-pasien yang akan dan setelah menjalankan pembedahan di berikan perawatan. Dari data yang di miliki oleh RSUD Taman Husada Kota Bontang untuk pasien yang mengalami pembedahan selama 1 tahun terakhir berjumlah 596 orang pasien, dimana pasien-pasien tersebut di rawat di ruang Edelweis dan Seruni.

Dari hasil observasi yang di lakukan oleh peneliti terhadap intervensi keperawatan yang di berikan kepada pasien untuk mengatasi nyeri dimana intervensi keperawatan yang di berikan lebih banyak adalah intervensi farmakologis. Dari intervensi tersebut dari hasil wawancara dengan 3 orang pasien yang mengalami pembedahan di ruang Edelweis dan Seruni didapatkan bahwa mereka sering merasakan nyeri diantara waktu pemberian obat anti nyeri atau terapi farmakologi. Setelah perawat melakukan intervensi non

farmakologi berupa tehnik relaksasi dan mendengarkan musik, mereka merasa puas dengan intervensi tersebut.

Berdasarkan uraian-uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Hubungan Penerapan Manajemen Nyeri Non Farmakologi dengan Kepuasan Pasien Post Operatif di Ruang Edelweis dan Seruni RSUD Taman Husada Kota Bontang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dari ini adalah “Apakah ada Hubungan antara Penerapan Manajemen Nyeri non Farmakologi dengan Kepuasan Pasien post Operatif di Ruang Edelweis dan Seruni RSUD Taman Husada Kota Bontang?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara penerapan manajemen nyeri non farmakologi dengan kepuasan pasien post operatif di Ruang Edelweis dan Seruni RSUD Taman Husada Kota Bontang.

2. Tujuan Khusus.

- a. Mengambarkan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pekerjaan, dan pengalaman operasi sebelumnya).
- b. Mengidentifikasi gambaran penerapan manajemen nyeri non farmakologi pada pasien post operasi di ruang Edelweis dan Seruni RSUD Taman Husada Kota Bontang.

- c. Mengidentifikasi gambaran kepuasan pasien post operatif di ruang Edelweis dan Seruni RSUD Taman Husada Kota Bontang.
- d. Menganalisis hubungan antara penerapan manajemen nyeri non farmakologi dengan kepuasan pasien post operatif di ruang Edelweis dan Seruni RSUD Taman Husada Kota Bontang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman dalam melakukan studi pustaka, mengembangkan daya pikir dan penalaran serta melaksanakan kegiatan penelitian di lapangan yang sangat berguna sebagai bekal untuk melaksanakan penelitian berikutnya.

2. Manfaat Ilmiah

Memberikan informasi kepada instansi terkait dalam rangka menetapkan kebijakan kesehatan khususnya perencanaan-perencanaan terhadap manajemen nyeri dan dapat sebagai acuan yang digunakan untuk melakukan penelitian selanjutnya.

3. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

4. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Memberikan informasi dan masukan kepada rumah sakit tentang bentuk-bentuk intervensi keperawatan yang dapat diberikan bagi pasien tanpa menggunakan obat-obatan, dan sebagai bukti kemandirian perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

5. Manfaat Bagi Masyarakat

Masyarakat dapat memperoleh informasi tentang bentuk-bentuk intervensi nyeri non farmakologi serta bagaimana kepuasan pasien post operatif di ruang Edelweis dan Seruni RSUD Taman Husada Kota Bontang.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang telah dilakukan oleh Brown et. al. (2001), tentang evaluasi intervensi non farmakologi yang digunakan oleh ibu *post partum* untuk menurunkan nyeri selama persalinan di *Lamaze Certified Child Birth Educator* (LCCB) Di Amerika Serikat. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik, dengan rancangan *retrospektif*, dimana populasi yang diteliti adalah ibu-ibu postpartum yang dirawat di *Lamaze Certified Child Birth Educator* (LCCB) di Amerika Serikat dengan jumlah 90 orang. Penelitian ini memiliki desain deskriptif analitik retrospektif dengan pendekatan survey dimana peneliti hanya menilai seberapa jauh

intervensi non farmakologi yang di gunakan oleh ibu post partum dapat menurunkan nyeri persalinan.

Adapun perbedaan dengan penelitian yang telah dilakukan adalah terletak pada variabel yang di teliti yaitu hanya pada nyeri non farmakologis saja tanpa melihat pengaruh atau hubungan dengan variabel lain. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah pelaksanaan intervensi non farmakologi untuk nyeri di hubungkan dengan kepuasan pasien post operatif.

Perbedaan yang lain yaitu pada penelitian Brown hanya bersifat deskriptif atau univariat sedangkan penelitian ini bersifat bivariat dan dengan melihat hubungan dari kedua variabel tersebut, serta responden yang di teliti adalah pasien post operatif sedangkan pada penelitian brown hanya pada ibu post partum.

2. Penelitian Maryanti dkk, (2009), tentang efektifitas penggunaan tehnik massase terhadap penurunan intensitas nyeri pada fase aktif persalinan normal. Penelitian ini merupakan penelitian dengan rancangan penelitian *quasi eksperiment*, teknik pengumpulan data menggunakan observasi partisipatif, yaitu melakukan pengukuran intensitas nyeri dan melakukan tindakan teknik masase. Sampel yang diteliti adalah ibu dengan fase aktif persalinan normal baik primipara maupun multipara, berjumlah 30 orang. Hasil penelitian, terdapat pengaruh positif dari tehnik masase (*counter-pressure*) terhadap penurunan intensitas nyeri fase aktif persalinan normal.

Adapun perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti adalah pada desain penelitian dan sampel dimana sampel yang diteliti adalah pada pasien pasca operasi dan desain yang digunakan adalah *crosssectional*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kepuasan Pasien

a. Pengertian Kepuasan Pelayanan

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dirasakan dibandingkan dengan harapan (Kotler, 2000). Pasien adalah seseorang yang menerima perawatan medis. Sering kali, pasien menderita penyakit atau cedera dan memerlukan bantuan perawat atau dokter untuk memulihkannya (Hidayat, 2004).

Kepuasan pasien dapat juga diartikan sebagai suatu sikap konsumen, yakni beberapa derajat kesukaan atau ketidaksukaannya terhadap pelayanan yang pernah dirasakannya.

Minat seseorang untuk berperilaku membeli dipengaruhi oleh sikap, tapi minat untuk menggunakan kembali jasa pelayanan keperawatan akan sangat dipengaruhi oleh pengalamannya yang lampau waktu memakai jasa yang sama. Minat pasien untuk menggunakan rumah sakit sangat besar dipengaruhi oleh pengalaman kepuasan dalam menerima pelayanan (Lamiri, 2008).

Kepuasan menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah puas; merasa senang; perihal (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dan sebagainya). Kepuasan dapat diartikan sebagai perasaan puas, rasa senang dan kelegaan seseorang dikarenakan mengkonsumsi suatu produk atau jasa untuk mendapatkan pelayanan suatu jasa (Purwanto Setiyo, 2007).

Menurut Oliver (1998, dalam Supranto, 2001) mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan sangat kecewa. Bila kinerja sesuai harapan, maka pelanggan akan sangat puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan pelanggan akan sangat puas.

Harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitif terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan tersebut.

Kepuasan berarti keinginan dan kebutuhan seseorang telah terpenuhi sama sekali. Kepuasan seorang penerima jasa layanan dapat tercapai apabila kebutuhan, keinginan, dan

harapannya dapat dipenuhi melalui jasa atau produk yang dikonsumsinya. Kepuasan pasien bersifat subjektif berorientasi pada individu dan sesuai dengan tingkat rata-rata kepuasan penduduk. Kepuasan pasien dapat berhubungan dengan berbagai aspek diantaranya mutu pelayanan yang diberikan, kecepatan pemberian layanan, prosedur serta sikap yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan itu sendiri (Anwar, 1998).

Kepuasan adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan diharapkan. Kepuasan pasien adalah tingkat kepuasan dari persepsi pasien dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan dan merupakan salah satu indikator kinerja rumah sakit. Bila pasien menunjukkan hal-hal yang bagus mengenai pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan dan pasien mengindikasikan dengan perilaku positifnya, maka dapat kita tarik kesimpulan bahwa pasien memang puas terhadap pelayanan tersebut (Purnomo, 2002).

Teori Kotler (1997) dalam *Service Quality*, kepuasan pelanggan merupakan kondisi terpenuhinya harapan pelanggan atas *service*/pelayanan yang diberikan. Apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melebihi harapan/*ekspektasi* pelanggan, mereka akan puas. Sebaliknya apabila pelayanan yang

diberikan ternyata di bawah *ekspektasi*, mereka cenderung tidak puas. Oleh karena itu, mengetahui *ekspektasi* pelanggan sangat penting untuk dipahami.

Sedangkan teori Wexley dan Yukl (1988) bahwa seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara kondisi yang dibutuhkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dalam banyak hal penting yang dibutuhkan, maka semakin besar rasa ketidakpuasan (Utama, 2005).

Long & Green (1994) berpendapat bahwa perawat memiliki kontribusi yang unik terhadap kepuasan pasien dan keluarganya. Valentine (1997) menyatakan bahwa pelayanan keperawatan dan perilaku perawat merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien (dikutip dari Wolf, Miller, & Devine, 2003).

Soejadi (1996) mengatakan, pasien adalah merupakan individu terpenting di rumah sakit sebagai konsumen sekaligus sasaran produk rumah sakit. Didalam suatu proses keputusan, konsumen yaitu pasien, tidak akan berhenti hanya sampai proses penerimaan pelayanan. Pasien akan mengevaluasi pelayanan yang diterimanya tersebut. Hasil dari proses evaluasi itu akan menghasilkan perasaan puas atau tidak puas (Sumarwan, 2003).

Memahami kebutuhan dan keinginan konsumen dalam hal ini pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien puas mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya.

Untuk menciptakan kepuasan pasien suatu perusahaan atau rumah sakit harus menciptakan dan mengelola suatu sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya. Namun upaya untuk perbaikan atau kesempurnaan kepuasan dapat dilakukan dengan berbagai strategi oleh perusahaan untuk dapat merebut pelanggan. Junaidi (2002) berpendapat bahwa kepuasan konsumen atas suatu produk dengan kinerja yang dirasakan konsumen atas produk tersebut. Jika kinerja produk lebih tinggi dari harapan konsumen maka konsumen akan mengalami kepuasan.

Hal yang hampir serupa dikemukakan oleh Indarjati (2001) yang menyebutkan adanya tiga macam kondisi kepuasan yang bisa dirasakan oleh konsumen berkaitan dengan perbandingan antara harapan dan kenyataan, yaitu jika harapan atau

kebutuhan sama dengan layanan yang diberikan maka konsumen akan merasa puas. Jika layanan yang diberikan pada konsumen kurang atau tidak sesuai dengan kebutuhan atau harapan konsumen maka konsumen menjadi tidak puas.

Kepuasan konsumen merupakan perbandingan antara harapan yang dimiliki oleh konsumen dengan kenyataan yang diterima oleh konsumen dengan kenyataan yang diterima oleh konsumen dengan kenyataan yang diterima oleh konsumen pada saat mengkonsumsi produk atau jasa. Konsumen yang mengalami kepuasan terhadap suatu produk atau jasa dapat dikategorikan ke dalam konsumen masyarakat, konsumen instansi dan konsumen individu.

Dalam penelitian ini peneliti menitikberatkan pada kepuasan pasien. Pasien adalah orang yang karena kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan (Prabowo,1999). Sedangkan Aditama (2002) berpendapat bahwa pasien adalah mereka yang di obati dirumah sakit.

Berdasarkan uraian dari beberapa ahli tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah perasaan emosional yang dirasakan individu/konsumen/pasien

karena terpenuhinya harapan atau keinginan dalam menerima jasa pelayanan kesehatan.

b. Macam Kepuasan

Secara umum macam kepuasan ada dua yaitu kepuasan yang mengacu pada ketersediaan pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan dan kepuasan yang hanya mengacu pada kenyamanan pelayanan. Efektifitas pelayanan serta keamanan tindakan (Azwar, 2008). Pada dasarnya kepuasan merupakan hal yang bersifat individu. Setiap individu memiliki tingkat kepuasan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan pada masing-masing individu. Semakin banyak aspek-aspek yang sesuai dengan keinginan individu, maka akan semakin tinggi tingkat kepuasan yang dirasakannya (Marpuah, 2005).

c. Metode pengukuran kepuasan

Menurut Kotler (2005), ada berbagai metode dalam pengukuran kepuasan yaitu:

1) Sistem keluhan dan saran

Pemberi pelayanan memberikan kepuasan pada pelanggan dengan cara menerima saran, keluhan dan masukan pelanggan mengenai produk atau jasa layanan. Jika penanganan keluhan, saran dan masukan ini baik dan cepat, maka pelanggan akan merasa puas, sebaliknya jika tidak maka

pelanggan akan kecewa. Contohnya dengan menggunakan formulir, kotak saran, kartu komentar, hotline grafis dengan nomor tertentu dan alamat email atau formulir elektronik pada web site.

2) Riset kepuasan pelanggan

Model ini berusaha menggali tingkat kepuasan dengan survei kepada pelanggan mengenai jasa yang selama ini mereka gunakan. Jika lapangan yang sebenarnya mengenai sikap pelanggan terhadap sikap produk atau jasa yang digunakan. Dalam melakukan survei kepuasan pelanggan peneliti dapat melakukan pengukuran secara langsung dengan pertanyaan tertentu pada kuesioner yang diberikan pada responden atau dengan cara responden diberi pertanyaan yang dapat mengungkapkan besarnya pengharapan terhadap atribut jasa dibandingkan dengan apa yang dialami.

3) *Ghost shopping*

Model yang ketiga mirip dengan marketing intellegenceyaitu pihak pemberi jasa mempelajari jasa dari pesaingnya dengan cara berpura-pura sebagai pembeli atau pengguna jasa dan melaporkan hal-hal yang berkaitan dengan cara melayani keluhan, kelemahan dan kekuatan produk jasa atau cara pesaing dalam menangani keluhan.

4) Analisa pelanggan yang hilang

Melakukan analisa pelanggan-pelanggan tertentu yang berhenti menggunakan produk jasa dengan melakukan studi terhadap bekas pelanggan mereka.

Model pengukuran kualitas jasa lainya yang paling populer dan hingga kini banyak dijadikan acuan dalam riset dan kepuasan pelanggan adalah model SERVQUAL (singkatan dari *service quality*) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1994). Model yang dikenal pula dengan istilah *Gap Analysis Model* ini berkaitan erat dengan model kepuasan pelanggan yang didasarkan pada rancangan diskonfirmasi.

Rancangan ini menegaskan bahwa bila kinerja pada suatu atribut (*attribute performance*) meningkat lebih besar daripada harapan (*expectation*) atas atribut bersangkutan, maka persepsi terhadap kualitas dan jasa akan positif dan sebaliknya. Pada awalnya, servqual memiliki 10 determinan kualitas jasa, namun pada akhirnya diringkas menjadi 5 determinan utama yang menentukan kualitas jasa, yaitu:

1) *Tangibleness* (wujud nyata)

Tangibleness mencerminkan fasilitas dan peralatan fisik yang tersedia, yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik

perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yang meliputi fasilitas fisik (gedung, gudang, dan lain sebagainya), perlengkapan dan peralatan yang dipergunakan (teknologi) serta penampilan pegawainya.

2) *Reliability* (kehandalan)

merupakan kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik dan dengan akurasi yang tinggi.

3) *Responsiveness* (ketanggapan)

merupakan suatu kemampuan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsif*) dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas.

4) *Assurance* (jaminan)

assurance terdiri dari beberapa komponen antara lain kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competence*) dan sopan santun (*courtesy*).

5) *Empathy* (empati)

merupakan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan

berupaya memahami keinginan konsumen. Suatu organisasi diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik. Empathy terdiri dari komponen *communication* (komunikasi) dan *understanding the customer* (memahami pelanggan).

d. Indikator Kepuasan Pasien

Umumnya indikator yang sering dapat digunakan sebagai objektif untuk memprediksi kepuasan pasien adalah jumlah keluhan pasien atau keluarga, kritik dalam kolom surat pembaca, pengaduan mal praktek, laporan dari staf medik dan perawatan dan sebagainya. Bagaimana bentuk konkret untuk mengukur kepuasan pasien rumah sakit, dalam seminar survei kepuasan pasien di rumah sakit, ada empat aspek yang dapat diukur yaitu (Suyanto, 2009) :

1) Kenyamanan

Aspek ini dijabarkan dalam pertanyaan tentang lokasi rumah sakit, kebersihan, kenyamanan ruangan, makanan dan minuman, peralatan ruangan, tata letak, penerangan, kebersihan WC, pembuangan sampah, kesegaran ruangan.

2) Hubungan pasien

Hubungan dengan layanan kesehatan, dapat dijabarkan dengan pertanyaan yang menyangkut keramahan, informasi yang diberikan, sejauh mana tingkat komunikasi, responsi,

support, seberapa tanggap dokter / perawat di ruangan IGD, rawat jalan, rawat inap, farmasi, kemudahan dokter / perawat dihubungi, keteraturan pemberian meal, obat, pengukuran suhu dan sebagainya.

3) Kompetensi teknis petugas

Dijabarkan dalam pertanyaan kecepatan pelayanan pendaftaran, ketrampilan dalam penggunaan teknologi, pengalaman petugas medis, gelar medis yang dimiliki, terkenal, keberanian mengambil tindakan, dan sebagainya.

4) Biaya

Dijabarkan dalam pertanyaan kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, ada tidaknya keringanan bagi masyarakat miskin. dan sebagainya.

e. Faktor- faktor yang mempengaruhi kepuasan

Menurut Budiastuti (2002) mengemukakan bahwa pasien dalam mengevaluasi kepuasan terhadap jasa pelayanan yang diterima mengacu pada beberapa faktor, antara lain:

1) Kualitas produk atau jasa

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas. Persepsi konsumen terhadap kualitas produk atau

jasa dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan kualitas produk atau jasa yang sesungguhnya dan komunikasi perusahaan terutama iklan dalam mempromosikan rumah sakitnya. Dalam hal pelayanan di rumah sakit aspek klinis, yaitu komponen yang menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis adalah produk atau jasa yang dijual (Lusa, 2007).

2) Kualitas pelayanan

Kualitas pelayanan memegang peranan penting dalam industri jasa. Pelanggan dalam hal ini pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan. Mutu pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan tingkat kepuasan pasien dapat bersumber dari faktor yang relatif spesifik, seperti pelayanan rumah sakit, petugas kesehatan, atau pelayanan pendukung (Woodside, 1989). Prioritas peningkatan kepuasan pasien adalah memperbaiki kualitas pelayanan dengan mendistribusikan pelayanan adil, pelayanan yang ramah dan sopan, kebersihan, kerapian, kenyamanan dan keamanan ruangan serta kelengkapan, kesiapan dan kebersihan peralatan medis dan non medis (Marjabessy, 2008).

3) Faktor emosional

Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih rumah sakit yang sudah mempunyai pandangan “rumah sakit mahal”, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi. Selain itu, pengalaman juga berpengaruh besar terhadap emosional pasien terhadap suatu pelayanan kesehatan (Robert dan Richard, 1991). Perasaan itu meliputi senang karena pelayanan yang menyenangkan, terkejut karena tak menduga mendapat pelayanan yang sebaik itu, rasa tidak menyenangkan dan kekecewaan terhadap suatu pelayanan tertentu sangat mempengaruhi pemilihan terhadap rumah sakit.

4) Harga

Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar. Sedangkan rumah sakit yang berkualitas sama tetapi berharga murah, memberi nilai yang lebih tinggi pada pasien. Thraser (2008), menyatakan Pasien yang memiliki pendapatan tinggi membayar jasa rumah sakit dengan harga yang mahal. Mereka

menunjukkan adanya kepuasan terhadap tindakan keperawatan yang diterima dan merasa diperhatikan

5) Biaya

Mendapatkan produk atau jasa, pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan, cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut. Menurut, Lusa (2007) , biaya dapat dijabarkan dalam pertanyaan kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, ada tidaknya keringanan bagi masyarakat miskin,dan sebagainya. Selain itu, efisiensi dan efektivitas biaya, yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, tidak ada diagnosa dan terapi yang berlebihan juga menjadi pertimbangan dalam menetapkan biaya perawatan.

Tjiptono (1997) yang dikutip dari Purwanto Setiyo (2007) kepuasan pasien ditentukan oleh beberapa faktor antara lain, yaitu:

1) Kinerja (*performance*)

Wujud dari kinerja ini misalnya : kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan

pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan rumah sakit. Selain hal di atas kompetensi juga merupakan salah satu indikator penilaian kinerja petugas kesehatan khususnya perawat.

Berdasarkan kompetensi teknis petugas, dapat dijabarkan dalam pertanyaan kecepatan pelayanan pendaftaran, ketrampilan dalam penggunaan teknologi, pengalaman petugas medis, gelar medis yang dimiliki, terkenal, keberanian mengambil tindakan, dan sebagainya.

2) Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*)

Merupakan karakteristik sekunder atau karakteristik pelengkap yang dimiliki oleh jasa pelayanan, misalnya : kelengkapan interior dan eksterior seperti televisi, AC, sound system, dan sebagainya. Aspek-aspek di atas terbukti memberi dampak dalam mempengaruhi kepuasan klien terhadap suatu pelayanan kesehatan, dimana klien mengaku senang dan nyaman dengan adanya fasilitas tambahan yang mendukung kondisi kesehatan mereka (Suryawati dkk, 2006).

3) Keandalan (*reliability*)

Sejauh mana kemungkinan kecil akan mengalami ketidakpuasan atau ketidaksesuaian dengan harapan atas pelayanan yang diberikan. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan

yang dimiliki oleh perawat didalam memberikan jasa keperawatannya yaitu dengan kemampuan dan pengalaman yang baik terhadap memberikan pelayanan keperawatan dirumah sakit.

Pada penelitian Marjabessy (2008) tentang tingkat kepuasan pada salah satu rumah sakit daerah, Ia menemukan bahwa dimensi pelayanan yang paling besar pengaruhnya adalah keandalan(*reliability*).

4) Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to spesification*)

yaitu sejauh mana karakteristik pelayanan memenuhi standart-standart yang telah ditetapkan sebelumnya. Misalnya : standar keamanan dan emisi terpenuhi seperti peralatan pengobatan. Aspek ini tidak hanya menentukan kepuasan pasien, tetapi juga sebagai indikator akreditasi menurut Depkes RI (Suryawati, 2006).

5) Daya tahan (*durability*)

Berkaitan dengan beberapa lama produk tersebut digunakan. Dimensi ini mencakup umur teknis maupun umur ekonomis dalam penggunaan peralatan rumah sakit, misalnya : peralatan bedah, alat transportasi, dan sebagainya.

6) *Service ability*, meliputi kecepatan, kompetensi, serta penanganan keluhan yang memuaskan.

Pelayanan yang diberikan oleh perawat dengan memberikan penanganan yang cepat dan kompetensi yang tinggi terhadap keluhan pasien sewaktu-waktu. Hal ini sangat penting bagi klien. Oleh karena itu, keberadaan perawat setiap waktu di sisi klien sangat berpengaruh dalam memenuhi service ability yang memuaskan (Runny, 2008). Bailey (2007), menemukan adanya ketidakpuasan pada pasien yang memperoleh pelayanan dari perawat malam dikarenakan ketidakmampuan perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien secepatnya dan memberi pelayanan yang cepat dan kebutuhan psikologis mereka.

7) Estetika

Merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh panca indera. Misalnya : keramahan perawat, peralatan rumah sakit yang lengkap dan modern, desain arsitektur rumah sakit, dekorasi kamar, kenyamanan ruang tunggu, taman yang indah dan sejuk, dan sebagainya. Saat ini , petugas kesehatan harus memahami pentingnya sikap dalam melayani pasien/ keluarganya sehingga pasien kurang puas akan mutu pelayanan yang diberikan (Henriadi, 2007).

8) Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), citra dan reputasi rumah sakit serta tanggung jawab rumah sakit. Bagaimana kesan yang diterima pasien terhadap rumah sakit tersebut terhadap prestasi dan keunggulan rumah sakit

daripada rumah sakit lainnya dan tanggung jawab rumah sakit selama proses penyembuhan baik dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit dalam keadaan sehat. Kualitas yang dipersepsikan akan mempengaruhi harapan klien terhadap rumah sakit maupun pelayanannya. Bila pelayanan itu sesuai dengan harapannya, maka dia akan merasa puas (Tharser dan Stephenson, 2008).

2. Konsep Nyeri

a. Definisi Nyeri

International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai “suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian di mana terjadi kerusakan” (IASP, 1986 dikutip dari Carrol dan Browsher, 1993). Definisi keperawatan tentang nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan oleh individu yang mengalaminya, yang kapanpun individu mengatakannya (Brunner & Suddarth, 2002).

Nyeri merupakan suatu pengalaman psikis yang normalnya berhubungan dengan kerusakan terhadap jaringan pada tubuh. Dapat didefinisikan sebagai sensasi ketidaknyamanan, penderitaan atau kesakitan, yang lebih

kurang terlokalisir, yang dihasilkan dari stimulasi akhir-akhiran saraf yang khusus, dianggap sebagai mekanisme protektif sepanjang ia menyebabkan penderita memindahkan atau menarik dirinya dari sumber nyeri (Soenarto,1990).

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007).

Dari definisi nyeri yang berasal dari beberapa teori maka dapat di tarik kesimpulan bahwa nyeri adalah suatu sensasi yang hanya dapat di rasakan oleh individu itu sendiri dimana sensasi tersebut berupa perasaan tidak nyaman atau ketidaknyaman yang diakibatkan oleh adanya kerusakan jaringan pada tubuh, sehingga individu cenderung untuk menarik diri dari sumber perasaan tidak nyaman tersebut.

b. Fisiologi Nyeri

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireseptor, secara anatomis reseptor nyeri (*nocireceptor*) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf perifer.

Berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (*Cutaneus*), somatik dalam (*deep somatic*), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda. Nosireseptor kutaneus berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit (kutaneus) terbagi dalam dua komponen yaitu :

- 1) Reseptor A delta, merupakan serabut komponen cepat (kecepatan tranmisi 6-30 m/ detik) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan.
- 2) Serabut C, merupakan serabut komponen lambat (kecepatan tranmisi 0,5 m/ detik) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi. Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur reseptornya kompleks, nyeri yang timbul merupakan nyeri yang tumpul dan sulit dilokalisasi. Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi organ-organ viseral seperti jantung,

hati, usus, ginjal dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia dan inflamasi(Andi, 2008).

Dalam teori *gate control theory* dari Melzack dan Wall (1965, dikutip dari Potter & Perry, 1993) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan terdapat di sel-sel gelatinosa substansia dalam kornu dorsalis pada medulla spinalis, thalamus, dan sistem limbik (Clancy & McVicar, 1992 dikutip dari Perry & Potter, 2005). Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Menurut Torrance & Serginson (1997), ada tiga jenis sel saraf dalam proses penghantaran nyeri yaitu sel syaraf aferen atau neuron sensori, serabut konektor atau interneuron dan sel saraf eferen atau neuron motorik. Sel-sel syaraf ini mempunyai reseptor pada ujungnya yang menyebabkan impuls nyeri dihantarkan ke sum-sum tulang belakang dan otak. Reseptor-reseptor ini sangat khusus dan memulai impuls yang merespon perubahan fisik dan kimia tubuh. Reseptor-reseptor yang

berespon terhadap stimulus nyeri disebut nosiseptor. Reseptor yang berdiameter kecil yaitu neuron A delta dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor dengan diameter lebih besar, neuron A-beta yang melepaskan neurotransmitter penghambat.

Ketika ada rangsangan, kedua neuron membawa rangsangan menuju kornu dorsalis pada medulla spinalis. Di medulla spinalis terjadi interaksi antara kedua serabut yang disebut substantia gelatinosa. Apabila impuls yang berasal dari neuron A-delta dan C lebih dominan maka impuls akan dihantarkan ke otak dan menimbulkan sensasi nyeri yang dirasakan oleh tubuh. Keadaan ini disebut pintu gerbang terbuka.

Sebaliknya, apabila impuls yang berasal dari neuron A-beta lebih dominan maka impuls nyeri yang berasal dari neuro A-delta dan C dihambat sehingga tubuh tidak merasakan nyeri. Keadaan ini disebut pintu gerbang tertutup.

Pada nyeri pasca bedah, rangasangan nyeri disebabkan oleh rangsangan mekanik yaitu luka (insisi) dimana insisi ini akan merangsang mediator-mediator kimia dari nyeri yaitu bradikinin, histamin, asetilkolin, dan substansi prostaglandin dimana zat-zat ini dapat menimbulkan sensari nyeri. Selain zat

yang mampu merangsang kepekaan nyeri tubuh, juga memiliki zat-zat yang menghambat (inhibitor) nyeri yaitu endorphin dan enkefalin (Brunner & Suddart, 2002).

c. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau insisi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung dalam waktu yang singkat (Meinhart dan Mccaffery, 1983; NIH, 1986, dikutip dari Perry dan Potter, 2005). Menurut klasifikasi dalam *International North America Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2012).

Nyeri akut biasanya menurun sesuai dengan proses penyembuhan dan umumnya terjadi kurang dari enam bulan, sedangkan nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang satu periode waktu. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari enam bulan (NANDA International, 2012).

Tindakan pembedahan menyebabkan kerusakan jaringan dan menimbulkan nyeri pada bagian abdomen. Nyeri pasca operasi merupakan nyeri akut yang terjadi setelah proses pembedahan yang memiliki awitan yang cepat. Rasa nyeri yang timbul akibat operasi dinding abdomen biasanya ringan–sedang 10–15 %, nyeri lebih berat 30–50 %, dan lebih dari 50 % adalah nyeri ringan (Simarmata, 2003). Menurut Seers, (1989, dikutip dari Carrol dan Browsher, 1993) melaporkan intensitas nyeri pada pasien meningkat menjadi nyeri yang sangat hebat terjadi pada satu hari pasca operasi.

Menurut Tamsuri (2007), klasifikasi nyeri dibedakan menjadi 4 yaitu:

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan lamanya kejadian/waktu.

Berdasarkan waktu kejadian, nyeri dapat dikelompokkan sebagai nyeri akut dan nyeri kronis.

a) Nyeri akut, adalah nyeri yang terjadi dalam waktu kurang dari enam bulan. Umumnya terjadi pada cedera, penyakit akut, atau pembedahan dengan awitan cepat. Dapat hilang dengan sendirinya dengan atau tanpa tindakan setelah kerusakan jaringan sembuh.

b) Nyeri kronis, adalah nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari enam bulan. Umumnya timbul tidak teratur, intermiten, atau bahkan persisten. Nyeri kronis dapat

menyebabkan klien merasa putus asa dan frustrasi. Nyeri ini dapat menimbulkan kelelahan mental dan fisik.

2) Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi.

Berdasarkan lokasi nyeri, nyeri dibedakan menjadi 6 yaitu:

- a) Nyeri superfisial (Biasanya timbul akibat stimulasi terhadap kulit seperti pada laserasi, luka bakar, dan sebagainya. Memiliki durasi pendek, terlokalisasi, dan memiliki sensasi yang tajam;
- b) Nyeri somatik, nyeri yang terjadi pada otot dan tulang serta struktur penyokong, umumnya bersifat tumpul dan stimulasi dengan adanya peregangan dan iskemia;
- c) Nyeri viseral, nyeri yang disebabkan kerusakan organ internal, durasinya cukup lama, dan sensasi yang timbul biasanya tumpul;
- d) Nyeri sebar (radiasi) adalah sensasi nyeri yang meluas dari daerah asal ke jaringan sekitar. Nyeri dapat bersifat intermiten atau konstan;
- e) Nyeri pantom adalah nyeri khusus yang dirasakan oleh klien yang mengalami amputasi;
- f) Nyeri alih adalah nyeri yang timbul akibat adanya nyeri viseral yang menjalar ke organ lain, sehingga dirasakan nyeri pada beberapa tempat atau lokasi.

3) Klasifikasi nyeri berdasarkan organ, berdasarkan tempat timbulnya, nyeri dapat dikelompokkan dalam:

a) Nyeri organik, adalah nyeri yang diakibatkan adanya kerusakan organ;

b) Nyeri neurogenik, adalah nyeri akibat gangguan neuron, misalnya pada neurologi;

c) Nyeri psikogenik adalah nyeri akibat berbagai faktor psikologi, nyeri ini umumnya terjadi ketika efek-efek psikogenik seperti cemas dan takut timbul pada klien.

d. Respon Individu Terhadap Nyeri

1) Respon Psikologis, respon ini sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadap nyeri yang terjadi atau arti nyeri bagi klien. Arti nyeri bagi setiap individu berbeda-beda antara lain : bahaya atau merusak, komplikasi seperti infeksi, penyakit yang berulang, penyakit baru, penyakit yang fatal, peningkatan ketidakmampuan, kehilangan mobilitas, menjadi tua, sembuh, perlu untuk penyembuhan, hukuman untuk berdosa, tantangan, penghargaan terhadap penderitaan orang lain, sesuatu yang harus ditoleransi, dan bebas dari tanggung jawab yang tidak dikehendaki.

2) Respon Fisiologis, respon fisiologis terhadap nyeri meliputi:

a) Stimulus simpatik : dilatasi saluran bronkhial dan

peningkatan respirasi rate, peningkatan heart rate, asokonstriksi perifer, peningkatan nilai gula darah, diaphoresis, peningkatan kekuatan otot, dilatasi pupil, dan penurunan motilitas gastro intestinal.

b) Stimulus parasimpatik: muka pucat, otot mengeras, penurunan HR, nafas cepat dan irreguler, mauseadan vomitus, kelelahan dan keletihan.

3) Respon tingkah laku; respon tingkah laku terhadap nyeri meliputi : mengaduh, menangis, sesak nafas, mendengkur, meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari & tangan, menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, penurunan rentang perhatian, fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri (Tamsuri, 2007).

e. Pengukuran Nyeri

Kesulitan dalam mengukur rasa nyeri disebabkan oleh subyektivitas yang tinggi dan tentunya memberikan perbedaan secara individual. Pengukuran nyeri dapat merupakan pengukuran satu dimensional saja atau pengukuran berdimensi ganda (Sudoyo, 2006).

Macam-macam pengukuran nyeri :

1) Skala deskriptif

Merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.

Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan.

Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numerik (*Numerical rating scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.

2) Skala analog visual (*Visual analog scale, VAS*)

Suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

Sebagai contoh klien tidak merasakan nyeri apapun, maka ia harus menggariskan pada ujung sisi kiri dari garis VAS tersebut. Pengukuran dengan VAS pada nilai di bawah 4 dikatakan sebagai nyeri ringan, nilai antara 4-7 dinyatakan sebagai nyeri sedang dan diatas 7 dianggap sebagai nyeri hebat.

3) Skala numerik (*Numerical rating scale*)

merupakan pengukuran nyeri dimana klien untuk memberikan angka 1 sampai 10. Nol diartikan sebagai tidak ada nyeri, sedangkan angka 10 diartikan sebagai rasa nyeri hebat dan tidak tertahankan

f. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Seorang perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor tersebut dalam

menghadapi klien yang mengalami nyeri. Hal ini sangat penting dalam pengkajian nyeri yang akurat dan memilih terapi nyeri yang baik.

1) Usia

Menurut Potter & Perry (2005) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kedua kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi (Tamsuri, 2007).

2) Jenis kelamin

Gill (1990, dikutip dari Perry & Potter, 2005) mengungkapkan laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri. Misalnya anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis dimana seorang wanita dapat menangis dalam waktu yang sama. Penelitian yang dilakukan Burn, dkk. (1989) dikutip dari Potter & Perry, 1993 mempelajari kebutuhan narkotik pasca operatif pada wanita lebih banyak dibandingkan dengan pria.

3) Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri (Perry & Potter, 2005). Cara individu mengekspresikan nyeri merupakan sifat kebudayaan (Perry & Potter, 2005).

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan yang lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Nilai-nilai budaya perawat dapat berbeda dengan nilai-nilai budaya pasien dari budaya lain. Harapan dan nilai-nilai budaya perawat dapat mencakup menghindari ekspresi nyeri yang berlebihan, seperti menangis atau meringis yang berlebihan. Pasien dengan latar belakang budaya yang lain bisa berekspresi secara berbeda, seperti diam seribu bahasa ketimbang mengekspresikan nyeri klien dan bukan perilaku nyeri karena perilaku berbeda dari satu pasien ke pasien lain.

Mengenali nilai-nilai budaya yang memiliki seseorang dan memahami mengapa nilai-nilai ini berbeda dari nilai-nilai kebudayaan lainnya membantu untuk menghindari

mengevaluasi perilaku pasien berdasarkan harapan dan nilai budaya seseorang.

Perawat yang mengetahui perbedaan budaya akan mempunyai pemahaman yang lebih besar tentang nyeri pasien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri dan respon-respon perilaku terhadap nyeri juga efektif dalam menghilangkan nyeri pasien (Smeltzer & Bare, 2003).

4) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan ansietas. Menurut Perry & Potter, 2005 stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperbaiki atau mengurangi nyeri.

5) Pengalaman masa lalu dengan nyeri

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak mempengaruhi bahwa individu tersebut dapat menerima dengan mudah nyeri pada masa yang akan datang. Apabila individu pernah merasakan nyeri yang hebat dan tidak pernah sembuh maka rasa takut dan ansietas pada diri individu akan muncul. Sebaliknya jika individu mengalami nyeri dan nyeri tersebut berhasil

dihilangkan maka akan mudah bagi individu untuk menginterpretasikan sensasi nyeri (Perry & Potter, 2005).

Efek yang tidak diinginkan yang diakibatkan dari pengalaman sebelumnya menunjukkan pentingnya perawat untuk waspada terhadap pengalaman masa lalu pasien dengan nyeri. Jika nyerinya teratasi dengan tepat dan adekuat, individu mungkin lebih sedikit ketakutan terhadap nyeri dimasa mendatang dan mampu mentoleransi nyeri dengan baik (Smeltzer & Bare, 2002).

6) Makna nyeri

Makna seseorang terhadap nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi dengan nyerinya. Individu akan mempersepsikan nyeri secara berbeda-beda. Misalnya, seorang wanita yang sedang bersalin akan mempersepsikan nyeri yang berbeda dengan seorang wanita yang merasakan nyeri karena cedera. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

7) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi.

Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Potter & Perry, 2005).

- 8) Pola koping, ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdo'a, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang (Potter & Perry, 1993).
- 9) Perhatian, seorang klien yang memfokuskan dirinya terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian

yang meningkat ke nyeri dapat dihubungkan dengan respon nyeri yang meningkat, sedangkan pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun (Perry & Potter, 2005).

f. Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri adalah upaya untuk menurunkan nyeri sampai tingkat yang dapat ditoleransi oleh pasien (McCloskey & Bulechek, 1996). Manajemen nyeri harus menggunakan pendekatan kesehatan yang holistik, karena mempengaruhi seluruh aspek kehidupan manusia. Oleh karena itu, pendekatan yang dilakukan tidak hanya mengandalkan satu pendekatan saja tetapi menggunakan pendekatan yang mengacu aspek manusia yaitu biopsikososiokultural dan spiritual.

Menurut *Association for Holistic Health* (1981, dikutip dari Potter & Perry, 2005) kesehatan holistik merupakan kondisi kesejahteraan yang melibatkan upaya merawat diri sendiri secara fisik, upaya mengekspresikan emosi dengan benar dan efektif, upaya untuk menggunakan pikiran secara konstruktif, upaya untuk secara kreatif terlibat dengan orang lain, dan upaya untuk memiliki tingkat kesadaran yang tinggi.

Dalam penelitian ini, manajemen nyeri yang digunakan adalah manajemen nyeri secara non-farmakologi yang sesuai dengan teori gate kontrol.

Adapun untuk manajemen nyeri yang dilakukan pada pasien terdiri atas 2 metode, yaitu :

a) Manajemen Nyeri Farmakologi

Beberapa agen farmakologi digunakan untuk menangani nyeri. Semua agen tersebut memerlukan resep dokter. Keputusan perawat, dalam penggunaan obat-obatan dan penatalaksanaan klien yang menerima terapi farmakologi, membantu dalam upaya memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan.

Metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri adalah analgesik. Ada tiga jenis analgesik, yakni :

- a) non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)
- b) narkotik atau opioid; dan
- c) obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesik (Potter & Perry, 2006).

Terapi pada nyeri postoperasi ringan sampai sedang menggunakan NSAID. Mekanisme kerja pasti NSAID tidak diketahui, NSAID diyakini bekerja menghambat sintesis prostaglandin dan menghambat respons selular selama inflamasi. Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. NSAID tidak menyebabkan sedasi atau depresi pernapasan juga tidak mengganggu fungsi berkemih atau

defekasi. Sehingga agens NSAID dapat menjadi efektif sebagai analgesik yang manjur bagi beberapa klien atau pemberian analgesik melalui oral dapat semanjur pemberian injeksi untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2005).

Untuk nyeri yang sedang sampai berat menggunakan analgesi opioid atau narkotik (AHCPR, 1992 dikutip dari Potter & Perry, 2005). Analgesik narkotik yang diberikan secara oral atau injeksi, bekerja pada pusat otak yang lebih tinggi dan medulla spinalis melalui ikatan dengan reseptor opioid untuk memodifikasi persepsi nyeri dan reaksi terhadap nyeri.

Morfin sulfat merupakan derivat opium dan memiliki karakteristik efek analgesik sebagai berikut :

- a). Meningkatkan ambang nyeri, sehingga menurunkan persepsi nyeri
- b). Mengurangi kecemasan dan ketakutan, yang merupakan komponen reaksi terhadap nyeri
- c). Menyebabkan orang tertidur walaupun sedang mengalami nyeri berat.

Selain itu, bahaya morfin sulfat dan analgesik narkotik adalah berpotensi mendepresi fungsi sistem saraf vital. Opioid menyebabkan depresi pernapasan melalui depresi pusat pernapasan di dalam batang otak. Klien juga

mengalami efek samping, seperti mual, muntah, konstipasi dan perubahan proses mental (Potter & Perry, 2005).

b) Manajemen Nyeri Non-farmakologi

Tindakan nonfarmakologi mencakup intervensi perilaku-kognitif dan penggunaan agen-agens fisik. Tujuan intervensi perilaku-kognitif adalah mengubah persepsi klien tentang nyeri, mengubah perilaku nyeri, dan memberi rasa pengendalian yang lebih besar sedangkan agen-agens fisik bertujuan memberi rasa nyaman, memperbaiki disfungsi fisik, mengubah respons fisiologis, dan mengurangi rasa takut yang terkait dengan imobilisasi.

AHCPR, (1992) mengatakan intervensi nonfarmakologi cocok untuk klien dengan interval nyeri pasca operasi yang lama (Potter & Perry, 2005).

Berikut ini metode pereda nyeri nonfarmakologi yang sesuai dengan *teori gate control*:

a). Stimulasi Kutaneus

Stimulasi kutaneus merupakan stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri yang meliputi masase, mandi air hangat, kompres menggunakan kantong es, dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS).

Cara kerja khusus stimulasi kutaneus masih belum jelas, salah satu pemikiran adalah bahwa stimulasi kutaneus menyebabkan pelepasan endorfin, sehingga memblokir transmisi stimulus nyeri. Selain itu, teori gate control mengatakan bahwa stimulasi kutaneus mengaktifkan transmisi serabut saraf sensoris A-beta yang lebih besar dan lebih cepat.

Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta-A berdiameter kecil. Sentuhan dan masase merupakan teknik integrasi sensoris yang mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom, apabila klien mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul respons relaksasi (Meek, 1993 dikutip dari Potter & Perry, 2005). Stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) efektif untuk mengontrol nyeri pasca bedah dan mengurangi nyeri yang disebabkan prosedur pasca operasi (Hargreaves & Lander, 1989 dikutip dari Potter & Perry, 2006);

b. Distraksi

Metode mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain dan dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

Salah satu distraksi yang efektif adalah musik, yang dapat menurunkan nyeri fisiologis, stres, dan kecemasan dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri. Musik terbukti menunjukkan efek yaitu menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan dan depresi, menghilangkan nyeri, menurunkan tekanan darah, dan mengubah persepsi waktu.

Musik menghasilkan perubahan status kesadaran melalui bunyi, kesunyian, ruang dan waktu. Musik yang dapat memberikan efek terapeutik harus didengarkan minimal 15 menit.

Di keadaan perawatan akut, mendengarkan musik dapat memberikan hasil yang sangat efektif dalam upaya mengurangi nyeri postoperasi (Guzetta, 1989 dikutip dari Potter & Perry, 2006)

c) Teknik Relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri postoperasi (Lorenzi, 1991 ; Miller & Perry, 1990 dikutip dari Brunner & Suddarth, 2002).

Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekshalasi (hembuskan, dua, tiga).

Pada saat perawat mengajarkan teknik ini, akan sangat membantu bila menghitung dengan keras bersama pasien pada awalnya (Brunner & Suddarth, 2002);

d) Imajinasi terbimbing

Adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Misalnya, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan. Dengan mata terpejam, pasien diinstruksikan untuk membayangkan bahwa setiap napas yang diekshalasi secara lambat ketegangan otot dan ketidaknyamanan dikeluarkan, menyebabkan tubuh rileks dan nyaman dan setiap kali napas dihembuskan

pasien diinstruksikan untuk membayangkan bahwa udara yang dihembuskan membawa pergi nyeri dan ketegangan.

Imajinasi terbimbing dipraktikkan oleh pasien selama sekitar 5 menit, tiga kali sehari. Selain itu imajinasi terbimbing dapat berfungsi hanya pada beberapa orang (Brunner & Suddarth, 2002).

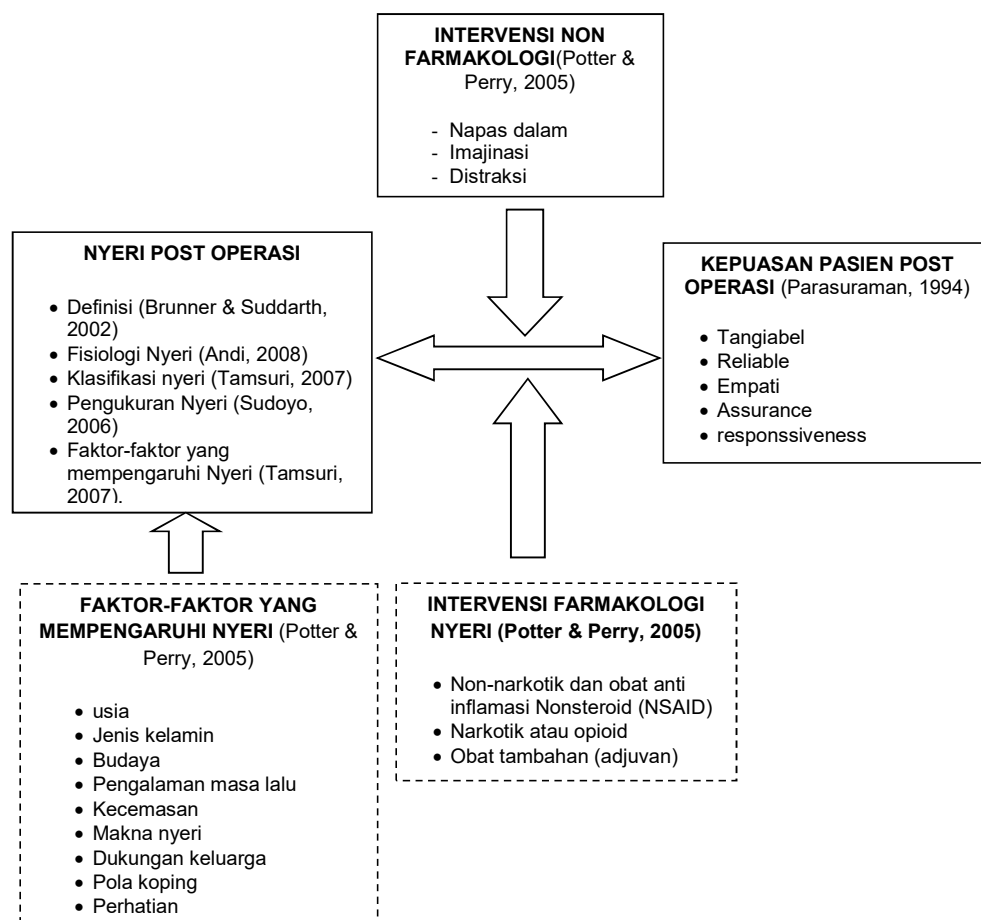
B. Penelitian Terkait

Penelitian Maryanti dkk, (2009), tentang efektifitas penggunaan tehnik massase terhadap penurunan intensitas nyeri pada fase aktif persalinan normal. Penelitian ini merupakan penelitian dengan rancangan penelitian *quasi eksperiment*, teknik pengumpulan data menggunakan observasi partisipatif, yaitu melakukan pengukuran intensitas nyeri dan melakukan tindakan tehnik masase. Sampel yang diteliti adalah ibu dengan fase aktif persalinan normal baik primipara maupun multipara, berjumlah 30 orang. Hasil penelitian, terdapat pengaruh positif dari tehnik masase (*counter-pressure*) terhadap penurunan intensitas nyeri fase aktif persalinan normal.

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori merupakan uraian dari definisi-definisi terkait dengan permasalahan yang akan dijadikan sebagai tujuan dalam melakukan penelitian (Notoatmojo, 2010).

Adapun kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut :



Keterangan:  = aspek yang diteliti,  = arah hubungan

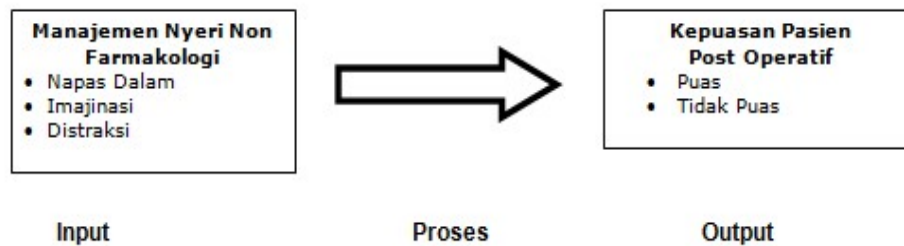
Gambar 2.1 Kerangka teori Penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian

Konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal yang khusus. Oleh karena konsep merupakan abstraksi, maka

konsep tidak dapat langsung diamati atau diukur. Konsep hanya dapat diukur atau diamati melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan nama variabel. Jadi variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep (Riyanto, 2011).

Sesuai dengan judul yang diajukan maka kerangka konsep dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara pelaksanaan manajemen nyeri non farmakologi dengan kepuasan pasien post operatif di Ruang Edelweis dan Seruni Rumah Sakit Umum Daerah Taman Husada Kota Bontang.



Gambar 2.2 Kerangka konsep penelitian

E. Hipotesa

Hipotesa adalah suatu asumsi sementara tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa memberikan jawaban sementara atas suatu pertanyaan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2000).

Berikut ini adalah hipotesa Alternative penelitian (H_a) :

1. **H_o** = Tidak Ada hubungan bermakna antara pelaksanaan manajemen nyeri non farmakologi dengan kepuasan pasien

post operatif di Ruang Edelwies dan Seruni Rumah Sakit Umum Daerah Taman Husada Kota Bontang.

2. **Ha** =Ada hubungan bermakna antara pelaksanaan manajemen nyeri non farmakologi dengan kepuasan pasien post operatif di Ruang Edelweis dan Seruni Rumah Sakit Umum Daerah Taman Husada Kota Bontang.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	57
B. Populasi dan Sampel.....	57
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	60
D. Definisi Oprasional	60
E. Instrumen Penelitian	62
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	63
G. Teknik pengumpulan data	67
H. Teknik Analisa Data.....	68
I. Jalannya Penelitian	71
J. Etika Penelitian	73

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	76
B. Pembahasan	85
C. Keterbatasan Penelitian	95

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dibuat, maka dapat ditarik suatu simpulan yaitu:

1. Karakteristik responden berdasarkan asal ruangan bahwa sebagian besar responden berasal dari ruangan Edelweiss dengan jumlah 26 orang (86,7%), separuh responden berusia 20-29 tahun dengan jumlah 15 orang (50%), sebagian besar pasien post operasi berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 22 orang (73,3%), hampir separuh responden berpendidikan SLTA dengan jumlah 13 orang (43,3%), Karakteristik responden berdasarkan riwayat operasi sebelumnya, lebih dari separuh responden belum pernah mengalami operasi sebelumnya dengan jumlah 17 orang (56,7%).
2. Pasien post operasi sebagian besar dilakukan manajemen nyeri non farmakologi berjumlah 23 orang (76,7%).
3. Kepuasan pasien post operasi sebagian besar responden puas berjumlah 21 orang (70%).

4. Ada hubungan antara manajemen nyeri non farmakologi dengan kepuasan pasien post operasi di RSUD Taman Husada Kota Bontang (p value = 0,001 dan α = 0,05).

B. Saran

1. Bagi Perawat.
 - a. Perawat dapat mengajarkan pasien teknik manajemen nyeri non farmakologi untuk mengurangi nyeri post operasi yang dirasakan oleh pasien, selain itu juga dapat meningkatkan rasa puas pasien terhadap pelayanan keperawatan.
 - b. Perawat dapat mengembangkan teknik mengurangi nyeri yang disesuaikan dengan karakter pasien
 - c. Dapat terjadi pertukaran ilmu dan saling mengingatkan antara perawat agar terciptanya suatu perubahan kearah yang lebih berkualitas dengan dilandaskan suatu perpaduan antara teori dan praktik yang sesuai dengan perkembangan ilmu keperawatan terkini.
2. Bagi Peneliti Selanjutnya.

Mengingat penelitian ini memiliki keterbatasan dan belum mampu membahas lebih spesifik mengenai faktor lain yang lebih dominan dalam mempengaruhi kepuasan pasien, maka disarankan bagi peneliti yang akan datang dapat lebih mengembangkan penelitian ini lebih mendalam dengan:

- a. Diharapkan pada penelitian yang akan datang sampel yang digunakan lebih banyak. Dengan sampel yang lebih banyak maka hasil analisis dari penelitian yang didapatkan akan lebih akurat.
 - b. Melakukan penelitian dengan aspek yang sama dengan menambahkan variabel yang menyangkut aspek tersebut untuk lebih mengetahui variabel-variabel lain yang mempengaruhi diluar variabel yang telah diteliti.
 - c. Diharapkan pada penelitian yang akan datang bisa menggunakan desain penelitian *Quasi Experiment* untuk dapat mengetahui sejauh mana manfaat manajemen nyeri non farmakologi pada pasien post operasi.
3. Bagi Rumah Sakit
- a. Diharapkan kepada manajemen keperawatan untuk menetapkan SOP dan IK tentang manajemen nyeri non farmakologi, sehingga memudahkan perawat untuk menerapkannya pada pasien, yang selanjutnya memberikan mereka ketenangan dalam setiap tindakan yang diberikan kepada pasien.
 - b. Diharapkan kepada Kepala Ruangan/Katim (ketua tim) untuk melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan manajemen nyeri non farmakologi pada pasien post operasi di ruangan

sehingga pasien benar-benar mendapatkan pelayanan tersebut dan dapat memberikan kepuasan seperti yang mereka harapkan.

- c. Diharapkan manajemen nyeri non farmakologi ini dimasukkan ke dalam *Billing System*, sehingga menambah semangat kerja perawat.

DAFTAR PUSTAKA

American Nurses Association. (1996). *Nursing quality indicators: Definitions and implications*. Washington, DC: American Nurses Publishing.

Arikunto, S. 2010, *Prosedur Penelitian ; Suatu Pendekatan Praktik, edisi Revisi X*. Jakarta: Rineka Cipta.

Azwar A. 2005. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Suatu Survey*. Jakarta. PT. Binarupa Aksara.

Azwar, A., 2003, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.

Brown(2001). *Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used during Labor*. The Journal of Perinatal Education Vol. 10, No. 3, 2001. Arlington. USA.

Haley, L.(2003). *Pain Games Armed At Understanding Kids*. Dibuka pada tanggal 26 September 2014. Dikutip dari website: <http://www.proquest.umi.com/pqdauto>.

Hidayat, A.A. 2009. *Metode Penelitian Kebidanan Tehnik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.

Kotler, P. 2000. *Marketing Management*. (Edisi Indonesia oleh Hendra Teguh, Ronny dan Benjamin Molan). Jakarta : PT Indeks

Lamri. 2008. *Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Minat Perilaku Penderita Rawat Inap Di RSI Samarinda*. Samarinda : Journal Management Pelayanan Kesehatan.

Mansjoer.Arief.(2000).*Kapita Selekta Kedokteran*.Edisi III. Jakarta: Media Aesculapius FKUI.

Marpuah. 2005. *Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Terhadap Program Orientasi Dengan Mutu Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit Roemani*. Skipsi. Semarang : Tidak Diterbitkan

Mc Closkey, C. Joanne & Bulecheck, M. Gloria. (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC). Third Edition*. United State of America: Mosby, Inc.

Megawati, (2010). *Gambaran Faktor - faktor yang Mempengaruhi respon nyeri pada pasien post laparatomi di ruang B2 RSUP H. Adam Malik Medan*. www.unmam.com. Diunduh 02 Pebruari 2012.

Notoatmodjo, S. 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, PT Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta. PT Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatn Profesional, Edisi 2*, Jakarta : Salemba Medika.

Parasuraman, A.,Leonard L.B., Zeithaml, A., Valarie, A. (1990) *Delivering Quality Service:Balancing Customer Perceptionns and Expectations*. The Free Press. A division of Macmillan Inc.

Potter, P. A & Perry, A.G. (1997). *Fundamental of nursing: concepts, process & practice*. St. Louis Missouri: Mosby Company.

Purnomo, E.(2002) *Sistem Analisis*, Andi Offset, Yogyakarta.

Purwanto. 2007. *Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Rumah Sakit*. Available online at <http://klinis.wordpress.com> (diakses 26 Agustus 2014).

Riduwan, 2010. *Belajar mudah Penelitian untuk Guru-karyawan peneliti pemula*, Bandung, Alfabeta.

Riyanto, A. 2011. *Aplikasi metodologi penelitian kesehatan*, Yogyakarta. Nuha Medika

Singarimbun, M. 2000. *Metode Penelitian Survey*. Jakarta :LP3ES

Sjamsuhidajat,R. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi Revisi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta

Smeltzer, S. C, & Bare, B.G. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner and Suddarth*. (8 th edition): editor, Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare; alih bahasa, Agung Waluyo, dkk; editor edisi bahasa indonesia, Monica Ester, Ellen panggabean. Jakarta: EGC.

Soetjningsih(1995).*Tumbuh Kembang Anak*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta

Sugiyono. 2010. *Statistik untuk penelitian*, Bandung. Alfabeta.

Supranto.2001. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*, Rineka Cipta, Jakarta.

Suyanto. 2009. *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit*. Jogjakarta : Mitra Cendikia Press.

Wall & Jones(1991), *Essential Medical Terminology*, Jones &Barlett Publishers, Boston

Wardhono, P.S. 2002. *Menuju Keperawatan Profesional*. Semarang : Akper Departemen Kesehatan.

Wexley dan Yulk(1984). *Manajemen Pemasaran Internasional*, Erlangga, Jakarta