



# KEBUTUHAN RASA AMAN & NYAMAN (NYERI)

Prima Daniyati K, S.Kep.,Ns.,M.Kep

# DEFINISI



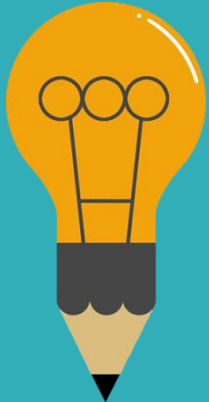
## AMAN

Keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram.

## NYAMAN

- Suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman dan kelegaan.
- Kenyamanan harus dipandang secara **holistik** yang mencakup 4 aspek, yaitu:
  1. Fisik
  2. Sosial
  3. Psikospiritual
  4. Lingkungan

Kebutuhan rasa nyaman yang paling sering terjadi dan menyebabkan pasien datang ke unit gawat darurat adalah **RASA NYERI**.



# NYERI

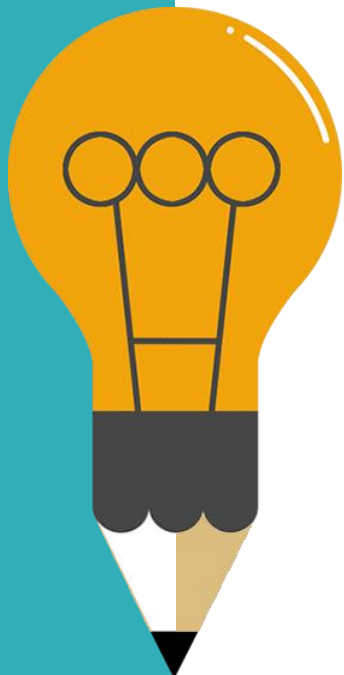


Suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional.



**Nyeri bersifat subjektif**

# STIMULUS NYERI



01

## MOTORIK

Gangguan dalam jaringan tubuh, tumor, spasme otot, sumbatan dalam saluran tubuh, trauma dalam jaringan tubuh.

02

## THERMAL (SUHU)

Panas dingin yang ekstrim.

03

## KIMIA

Spasme otot dan iskemia jaringan.

04

## LISTRIK

Misalnya: lapisan kulit terbakar.

# FISIOLOGI NYERI

## STIMULUS

- Motorik
- Thermal
- Kimia
- Listrik

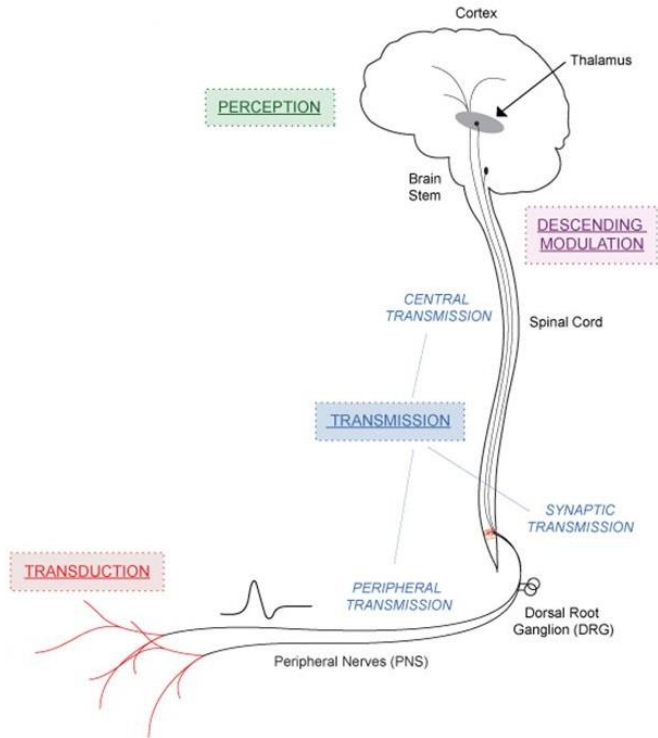
## RESEPTOR

- Reseptor nyeri atau organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri disebut juga **NOSISEPTOR**.
- Nosiseptor adalah ujung saraf bebas pada kulit dan jaringan dalam yang berespon hanya terhadap stimulus kuat dan secara potensial merusak.
- Ada 2 macam serabut nosiseptor:
  - Serabut A delta  
besar, bermyelin, cepat, nyeri akut, nyeri tajam
  - Serabut C  
kecil, tak bermyelin, lambat, nyeri kronis, nyeri terbakar, nyeri tumpul

## RESPON

Reaksi fisiologis & perilaku setelah mempersepsikan nyeri

# TAHAPAN FISILOGI NYERI



01

## TRANSDUKSI

Rangsangan nyeri diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung saraf (nosiseptor).

02

## TRANSMISI

Penyaluran implus listrik dari satu neuron ke neuron berikutnya.

03

## MODULASI

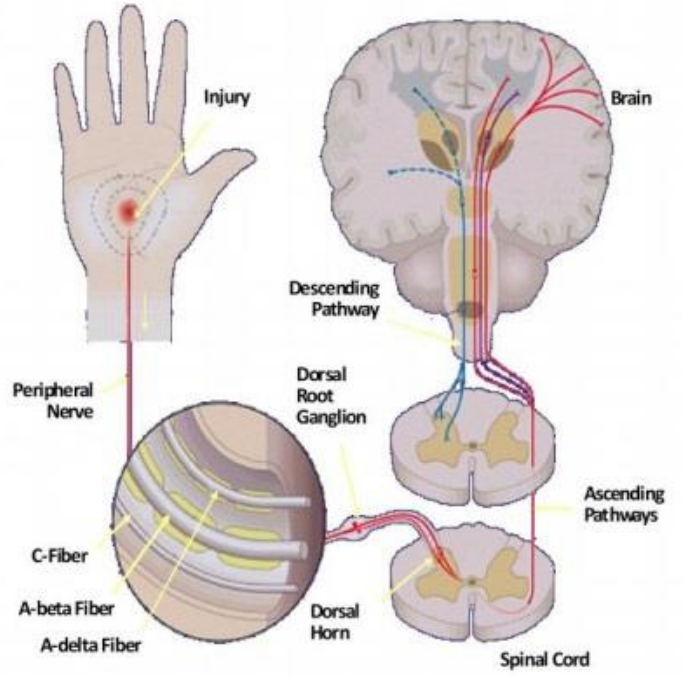
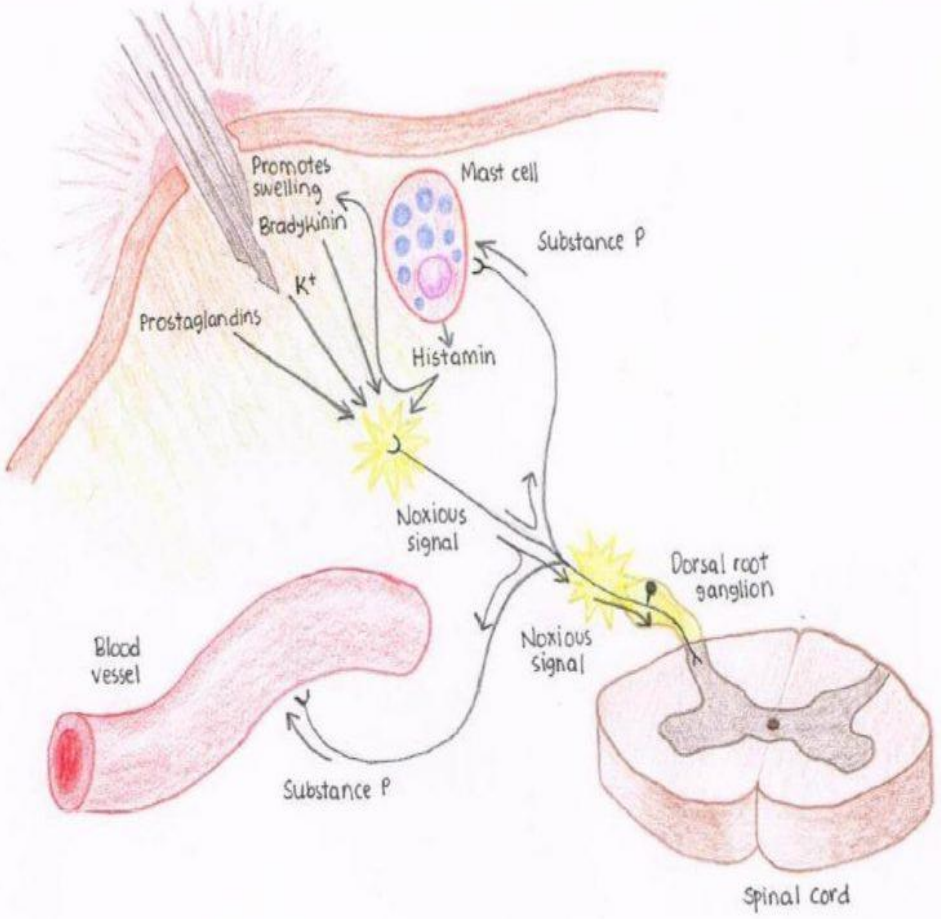
Perubahan suatu rangsangan pada level medula spinali (sumsum tulang belakang).

04

## PERSEPSI

Kesadaran akan pengalaman nyeri.

# PATOFISIOLOGI NYERI



# KLASIFIKASI NYERI

## BERDASARKAN PENYEBABNYA

### NYERI NOSISEPTIK

Rasa nyeri yang timbul sebagai respons terhadap cedera/inflamasi pada jaringan somatik/viseral.

### NYERI NEUROGENIK

Rasa nyeri yang timbul akibat cedera pada sistem saraf sehingga berfungsi secara abnormal.

## BERDASARKAN LAMA / DURASINYA

### AKUT

- Awitannya tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik.
- Terjadi kurang dari 6 bulan dan biasanya kurang dari 1 bulan.
- Respon: ansietas

### KRONIK

- Nyeri konstan atau intermitten yang menetap sepanjang suatu periode waktu.
- Lama nyeri 3 atau 6 bulan.
- Respon: depresi, mudah marah, gangguan tidur, nafsu makan menurun





# KLASIFIKASI NYERI

## BERDASARKAN LOKASINYA

### SUPERFISIAL / KUTANEUS

Nyeri akibat stimulasi  
kulit

Contoh:

- Jarum suntik
- Luka potong kecil atau laserasi.

### VISERAL DALAM

Nyeri akibat stimulasi  
organ-organ internal

Contoh:

- Sensasi pukul, misalnya pada angina pectoris
- Sensasi terbakar, pada ulkus lambung

### NYERI ALIH (*REFERRED*)

Nyeri yang dirasakan  
pada bagian tubuh  
tertentu yang  
diperkirakan berasal dari  
jaringan penyebab.

Contoh:

- Infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri & bahu kiri
- Batu empedu, yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan

### RADIASI

Nyeri menyebar dari  
sumber nyeri ke  
jaringan di dekatnya.

Contoh:

- Cardiac pain

# FAKTOR YANG MEMPENGARUHI NYERI

Nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu.

## 1. USIA

Perbedaan usia dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia berespon terhadap nyeri.

## 2. MAKNA NYERI

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi cara beradaptasi terhadap nyeri.

## 3. DUKUNGAN KELUARGA & SOSIAL

Kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.



## 4. BUDAYA

Keyakinan dan nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri.



## 5. ANSIETAS

Individu yang sehat secara emosional lebih mampu mentoleransi nyeri.



## 6. PENGALAMAN

Individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya.

01

PENGAJIAN

02

DIAGNOSA KEPERAWATAN

03

INTERVENSI

04

IMPLEMENTASI

05

EVALUASI



**ASUHAN  
KEPERAWATAN  
NYERI**

# PENGKAJIAN

Data yang didapatkan mencerminkan respons pasien terhadap nyeri yang meliputi:

## 1. Respon fisiologis

- Respon simpatik : peningkatan frekuensi napas, peningkatan denyut jantung, peningkatan tegangan otot, diaforesis, dilatasi pupil.
- Respon parasimpatik : pucat, penurunan denyut jantung, penurunan tekanan darah, mual muntah, kelemahan.

## 2. Respon perilaku

Merubah posisi tubuh, mengusap bagian yang sakit, menggerakkan gigi, menunjukkan ekspresi wajah meringis, mengerutkan alis, ekspresi verbal menangis, mengerang, mengaduh, menjerit.

## 3. Respon psikologis

Perawat perlu mengkaji persepsi klien terhadap nyeri.

# PENGAJIAN

Salah satu alat ukur yang paling banyak digunakan dalam mengkaji nyeri adalah metode mnemonic PQRST.

**P : Paliatif, Provokatif** (Penyebab)

**Q : Quality** (Kualitas, Kuantitas)

**R : Radiate / Region** (Lokasi)

**S : Severity** (Skala keparahan)

**T : Timing** (Waktu muncul)

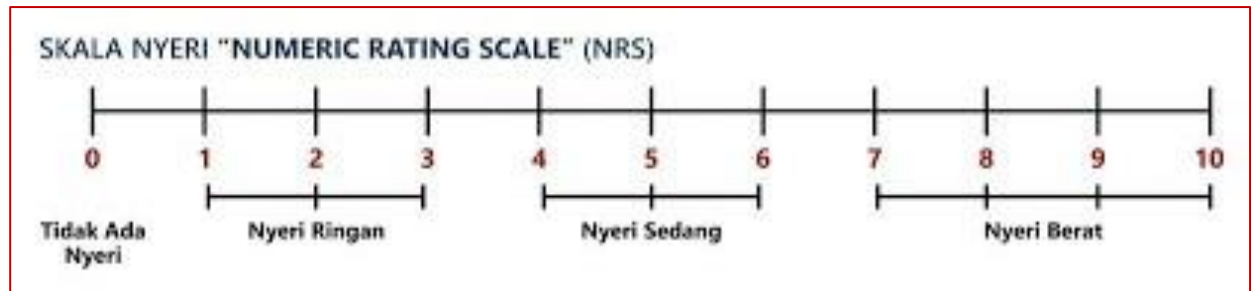
# mnemonic PQRST

MNEMONIK	PERTANYAAN
<b>P</b> PENYEBAB NYERI	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri?</li><li>2. Apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/ membaik?</li><li>3. Apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul?</li><li>4. Apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur?</li></ol>
<b>Q</b> KUALITAS NYERI	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri?</li><li>2. Apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).</li></ol>
<b>R</b> PENYEBARAN	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik?</li></ol>

MNEMONIK	PERTANYAAN
<b>S</b> TINGKAT KEPARAHAN	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Seperti apa sakitnya?</li><li>2. Nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit.</li></ol> <p>Cara lain adalah menggunakan skala FACES untuk pasien anak-anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan bicara</p>
<b>T</b> WAKTU : KAPAN DAN RIWAYAT	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kapan sakit mulai muncul?</li><li>2. Apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba?</li><li>3. Apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang?</li><li>4. Apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya? apabila "ya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda?</li></ol>







Sumber:  
Kartikawati, D. 2011. Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat  
Jakarta: Salemba

# INSTRUMEN PENGUKURAN NYERI



# INSTRUMEN PENGUKURAN NYERI

## SKALA NYERI “WONG BAKER FACES PAIN RATING SCALE”

Skala Wajah						
Skala Nyeri	0	2	4	6	8	10
Deskripsi Nyeri	Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat	Nyeri Sangat Berat	
Pengamatan Penampilan	Aktivitas normal, bahagia	Ekspresi netral, mau bermain dan berbicara	Melindungi daerah yang sakit, mengurangi gerakan (diam), mengeluh nyeri	Tidak bergerak, terlihat takut, sangat diam	Gelisah, mengeluh sangat nyeri, menangis terus	
ACTIVITY TOLERANCE SCALE	NO PAIN	CAN BE IGNORED	INTERFERES WITH TASKS	INTERFERES WITH CONCENTRATION	INTERFERES WITH BASIC NEEDS	BEDREST REQUIRED



# INSTRUMEN PENGUKURAN NYERI

## SKALA NYERI PADA ANAK USIA < 3 TAHUN ATAU DENGAN GANGGUAN KOGNITIF

Kategori		Skor
Wajah <b>F</b> ACE	Tidak ada ekspresi tertentu atau senyuman	0
	Menyeringai sekali-kali atau mengerutkan dahi, muram ogah-ogahan	1
	Dagu gemetar dan rahang diketap berulang	2
Ekstrimitas <b>L</b> EG	Posisi normal atau santai	0
	Gelisah, resah, tegang	1
	Menendang atau menarik kaki	2
Gerakan <b>A</b> ctivity	Rebahan dengan tenang, posisi normal, bergerak dengan mudah	0
	Menggeliat, maju mundur, tegang	1
	Menekuk/posisi tubuh meringkuk, kaku atau menyentak	2
Tangisan <b>C</b> ry	Tidak ada tangisan (terjaga atau tertidur)	0
	Mengerang/merengek, gerutuan sekali-kali	1
	Menangis tersedu-sedu, mejerit, terisak-isak, menggerutu berulang-ulang	2
Kemampuan ditenangkan <b>C</b> onsolability	Senang, santai	0
	Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan atau berbicara, dapat dialihkan	1
	Sulit/tidak dapat ditenangkan dengan pelukan, sentuhan atau distraksi	2
Skor Total		

0 : tidak nyeri     1-3 : Nyeri ringan     4 – 6 : nyeri sedang     7-10 : nyeri berat

# DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut NANDA (2021-2023), diagnosis keperawatan untuk pasien yang mengalami nyeri adalah:

1. Nyeri akut
2. Nyeri kronis
3. Sindrom nyeri kronis
4. Nyeri persalinan

Untuk diagnosa keperawatan kebutuhan aman & nyaman, secara umum ada di domain 11 & 12 (*silahkan baca NANDA (2021-2023)*).



# INTERVENSI & IMPLEMENTASI

Tujuan dari rencana tindakan untuk mengatasi nyeri antara lain:

1. Meningkatkan perasaan nyaman dan aman individu
2. Meningkatkan kemampuan individu untuk dapat melakukan aktivitas fisik yang diperlukan untuk penyembuhan
3. Mencegah timbulnya gangguan tidur

## MANAGEMENT NYERI

### 1. FARMAKOLOGIS

Untuk nyeri yang sangat berat dapat digunakan terapi farmakologi yaitu dengan pemberian obat anti nyeri atau analgetik.

### 2. NON FARMAKOLOGIS

Tindakan yang digunakan untuk mendukung terapi farmakologis yang sudah diberikan.

- Relaksasi
- Distraksi
- Imajinasi terbimbing (*guided imagery*)
- Hipnosis
- Massase
- Kompres hangat/dingin

# EVALUASI

Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam respon rangsangan nyeri, diantaranya:

1. Klien melaporkan adanya penurunan rasa nyeri
2. Mampu mempertahankan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki
3. Mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri.



Thank you