

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

MILIK  
PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

### **1.1 Latar Belakang**

Pengetahuan dan metode penanggulangan nyeri akut telah berkembang pesat, tetapi pada kenyataannya nyeri masih merupakan masalah. Di Amerika Serikat dilakukan 25,6 juta pembedahan pada 1987 dan didapatkan masih banyak penderita yang menderita nyeri yang tidak terkontrol (Oden, 1989; Raj, 1993). Hal ini merupakan tuduhan terhadap pelayanan kesehatan modern yang telah dicela dalam beberapa editorial dan jurnal (Oden, 1989).

Sampai saat ini penanganan nyeri pasca operasi yang paling efektif adalah dengan menggunakan PCA (Patient Controlled Analgesia), walaupun demikian kecemasan adalah faktor psikologis yang paling penting yang mempengaruhi hasil pengukuran penggunaan PCA, dan tingkat kecemasan juga berpengaruh secara bermakna pada tingginya angka skor nyeri, semakin cemas maka skor nyeri juga akan lebih tinggi (MacIntyre, 2001).

Nyeri pascabedah telah diketahui dapat mempengaruhi morbiditas dan bahkan mortalitas, terutama yang berhubungan dengan infeksi paru dan kelambatan proses penyembuhan (Carlson, 1992; Hamill, 1998). Nyeri pascabedah adalah reaksi fisiologis yang kompleks terhadap jejas pada jaringan, regangan pada viscera, ataupun karena penyakit. Pasien seringkali merasa bahwa nyeri pascabedah adalah merupakan salah satu bagian dari pembedahan yang tidak menyenangkan dan harus dirasakan. Secara historis penanganan nyeri pascabedah kurang mendapatkan prioritas baik oleh ahli bedah maupun

Reaksi terhadap rangsang nyeri tidak hanya tergantung dari intensitas rangsang , tetapi bagaimana rangsang nyeri tersebut dipersepsikan dan respon emosi yang dibangkitkan oleh rangsang nyeri tersebut. Hal ini yang menimbulkan adanya perbedaan toleransi nyeri pada masing-masing individu (Carlson, 1992; Oden, 1989; Rowlingson, 1989)

Selain adanya rangsang nyeri dari reseptor di perifer, masuknya penderita ke rumah sakit menimbulkan stress dan kecemasan yang berkaitan dengan tingginya angka kejadian dan intensitas nyeri pasca bedah. Volicer menunjukkan bahwa pasien dengan nilai "*Hospital Stress*" yang tinggi saat prabedah akan mengalami nyeri yang lebih pasca bedah dan Chapman menyatakan bahwa kecemasan prabedah ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu: 1. cemas atau takut . 2. Ketidakpastian , 3. Keadaan Tidak berdaya. (Bonica ,1990)

Dari fenomena klinik yang diamati oleh para peneliti sebelumnya, telah diketahui bahwa pendekatan psikologis prabedah menyebabkan kebutuhan analgesik berkurang dan mempengaruhi penyembuhan pasca bedah (Fernandez and Thomas, 1994; Perry, et.al, 1994). Beberapa penulis lain menemukan bahwa kecemasan prabedah yang tidak dikelola dengan baik akan meningkatkan nyeri dan memperpanjang waktu penyembuhan (Bonica, 1990; Van Daltsen and Syrjala, 1990; Kehlet, Holte, 2001; Rehatta, 1999). Sehingga dapat disimpulkan, sangat mungkin terdapat pengaruh pendekatan psikologi prabedah terhadap toleransi nyeri dan proses penyembuhan pascabedah (Van Daltsen and Syrjala, 1990; Carlson, 1992; Rehatta, 1999).

Sampai saat ini morfin masih menjadi pilihan obat analgesik selama pembedahan di banyak tempat di seluruh dunia, dan untuk beberapa kasus diperlukan pula untuk

mengatasi rasa nyeri pasca bedah terutama pasca bedah mayor. Akan tetapi sayangnya untuk pemberian morfin pascabedah memerlukan observasi yang amat ketat dibandingkan preparat selain morfin. NSAID telah digunakan secara luas untuk mengatasi nyeri pascabedah terutama moderate pain dan NSAID memiliki *opioid-sparing effect* 20-30%. Sehingga penggunaan NSAID sebagai kombinasi morfin sangat tepat untuk mengurangi nyeri pasca bedah, sekaligus mengurangi kemungkinan terjadinya efek samping penggunaan morfin (Kehlet, Holte, 2001).

Herniotomi, walaupun termasuk jenis bedah ringan dan seringkali dianggap remeh oleh ahli bedah dan ahli anestesi, akan tetapi penderita memiliki kemungkinan untuk mengalami nyeri kronik pasca operasi, walaupun kebanyakan nyerinya tergolong “*moderate quality*” akan tetapi dari 54% pasien yang menderita nyeri kronik pasca operasi *repair hernia* setelah 2 tahun, 11 % diantaranya menderita nyeri yang moderate sampai severe (Macrae, 2001).

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pengalaman klinis yang terbatas dari peneliti sehari-hari, bahwa pengelolaan nyeri pasca bedah herniotomi yang tergolong bedah minor namun berpeluang menyebabkan nyeri kronik pascabedah, maka masih dibutuhkan pendekatan lain selain pendekatan farmakologis, sehingga rumusan masalah penelitian ini adalah: Apakah dengan pendekatan psikologis prabedah pada penderita yang direncanakan untuk dilakukan herniotomi elektif, tidak diperlukan pemberian suplemen analgesik selain pemberian morfin kontinyu pasca bedah herniotomi dibandingkan kelompok kontrol. ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Umum**

Membuktikan bahwa pendekatan psikologis prabedah dapat mengurangi rasa nyeri pasca bedah herniotomi

#### **1.3.2 Khusus**

1. Membuktikan bahwa dengan pendekatan psikologis prabedah herniotomi elektif, tidak memerlukan pemberian suplemen analgesik selain pemberian morfin kontinyu pasca bedah herniotomi, dibandingkan kelompok kontrol.
2. Membuktikan bahwa tanpa pendekatan psikologis prabedah maka diperlukan suplemen analgesik untuk mengurangi rasa nyeri pasca bedah herniotomi.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Dengan diketahuinya pengaruh pendekatan psikologis prabedah terhadap nyeri pascabedah, maka hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk :

#### **1.4.1 Pengembangan Teori**

Menguatkan teori hipotesa *Gate Control* tentang peran modulasi kognisi terhadap rasa nyeri.

#### **1.4.2 Pengembangan Terapan**

Mensosialisasikan cara pendekatan edukasi dalam pengelolaan nyeri akut disamping pendekatan farmakologis sebagai upaya mengurangi penderitaan karena nyeri.