**Modul Pertemuan 4**

**Mata Kuliah : Psikologi Kesehatan**

**Kode mata Kuliah : PSI320**

**PAIN**

Halo Mahasiswa ! Selamat berjumpa kembali dalam mata kuliah psikologi kesehatan. Dalam pertemuan ini kita akan membahas tentang pain. Harapannya setelah kita mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan jenis-jenis, serta proses terjadinya pain.

Sebelum kita membahas lebih lanjut tentang pain mari kita refleksi terlebih dahulu, rasa nyeri seperti apakah yang pernah anda rasakan. Lalu apa yang Anda lakukan saat Anda mengalami nyeri ?

Baiklah apapun yang Anda lakukan, mari kita ingat-ingat dan kita analisa, masuk tipe apakah nyeri yang kita rasakan. Namun sebelumnya mari kita pahami terlebih dahulu tentang pengertian dari pain.

**A. PENGERTIAN PAIN**

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Smeltzer, 2001).  
  
Intensitas nyeri gambaran seberapa parah nyeri ysng dirasakan individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual, dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan obyektif yang paling mungkin adalah menggunkan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2006).

Semua orang tua atau muda pernah mengalami nyeri, spt sakit perut, sakit gigi pada bayi, sampai luka dan sakit pada anak-anak. Beberapa nyeri kronik, spt arthritis (luka pada tulang), nyeri tulang punggung bag bawah, migraine, atau kanker.Beberapa orang lebih menyukai mencari pengobatan medis tanpa menunda jika merasakan nyeri.Nyeri yang sangat dan lama dapat mendominasi kehidupan korbannya, melemahkan fungsi umumnya, kemampuan bekerja, hubungan sosial, dan penyesuaian emosional.Nyeri memiliki efek sosial dan ekonomi sangat besar pada semua masyarakat di dunia.

**B. TAHAPAN NYERI**

Tahapan nyeri tergantung pada macam luka atau kerusakan yang terjadi dan lokasinya. Kondisi menyakitkan seseorang juga berbeda dalam bagaimana rasa sakit berasal dan berapa lama berlangsung. Dua dimensi perbedaan, tergantung dari mana asal rasa sakit yang menentukan kerusakan jaringan.

* + Organic versus Psychogenic Pain
  + Acute versus Chronic Pain

Berikut ini adalah penjelasan tentang jenis PAIN menurut para ahli.

**1. Organic versus Psychogenic Pain**

**a. Organic Pain**

Organic pain merupakan nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik sehingga menyebabkan kerusakan jariangan dan menimbulkan sensasi yang nyata. Misalnya, penyebab adalah trauma seperti trauma mekanik, thermal, kimiawi maupun elektrik, neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah dan lain-lain. Penjelasannya adalah sebagai berikut :

1. **Trauma mekanik** menimbulkan nyeri karena ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan ataupun luka.
2. **Trauma thermal** menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas atau dingin.
3. **Trauma kimiawi** terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat.
4. **Trauma elektrik** dapat menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.
5. **Neoplasma** menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan atau metastase.
6. **Nyeri** **pada** **peradangan** terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri.

**b. Psychogenic Pain**

Jenis luka lain tidak terdapat kerusakan jaringan dan gagal mendapatkan dasar organik. Luka ini dihasilkan dari proses psikologis, sensasi tidak nyata

**Atau dengan kata lain** nyeri psikogenik adalah nyeri yang dirasakan secara fisik yang timbulnya, derajat beratnya, dan lama berlangsungnya dipengaruhi oleh faktor mental, emosi, dan perilaku. Beberapa penelitian klinis menunjukan bahwa induksi nyeri secara sengaja pada seseorang akan memberikan hasil rasa nyeri yang tidak terlalu signifikan jika orang tersebut sedang berada dalam kondisi psikologis yang baik, tenang, damai, bahagia. Nyeri umumnya dirasakan lebih berat ketika seseorang mengalami gangguan psikiatri tertentu terutama depresi ataupun cemas.

Nyeri psikogenik yang murni psikologis umumnya ditandai dengan rasa nyeri yang menyebar, tidak terbatas pada suatu letak anatomis tertentu, dan tersebar pada banyak lokasi. Nyeri timbul tanpa adanya riwayat trauma fisik yang jelas sebelumnya atau timbul tanpa sebab. Pemeriksaan fisik, laboratorium, rontgen, hingga CT Scan, dan penunjang lainnya tidak dapat menunjukan adanya suatu masalah organ atau gangguan fisik tertentu. Nyeri tidak dapat hilang sepenuhnya atau seluruhnya walaupun sudah mendapatkan obat penghilang nyeri bahkan yang diberikan langsung ke dalam pembuluh darah (intra vena). Emosi dan motivasi merupakan isu pokok yang mendasari timbulnya nyeri.

1. **Diagnosis**  
   Diagnosis yang akurat memerlukan pemeriksaan neurologis dan psikiatrik secara menyeluruh. Diagnosis nyeri psikogenik harus didasarkan atas adanya faktor psikologis yang jelas yang berhubungan dengan rasa nyeri tersebut atau diketahui kondisi psikiatri yang jelas yang mungkin berhubungan dengan rasa nyeri. Jadi diagnosis tidak semata-mata ditegakan bila tidak ditemukannya dasar organik sebagai penyebab nyeri. Meski nyeri psikogenik juga dapat menyertai suatu sakit fisik yang nyata. Pasien yang sering mengeluhkan sakit kepala berulang atau sakit bagian tubuh lain berulang terutama ketika terdapat kondisi stres tertentu, banyak yang sebetulnya menderita nyeri psikogenik ini.
2. **Penyebab**  
   Di dalam ilmu psikiatri, nyeri psikogenik merupakan suatu mekanisme coping yaitu mekanisme adaptasi mental yang digunakan oleh seseorang dalam menghadapi masalah. Nyeri timbul akibat penekanan konflik psikis yang tidak dapat ditolerir. Penekanan konflik psikis ini memicu keluarnya hormon stres di dalam tubuh yang memicu perubahan sistem saraf otonom dan hormonal dalam tubuh. Pengaruh dari perubahan inilah yang pada akhirnya memicu timbulnya perasaan nyeri.

Nyeri psikogenik juga dapat merupakan gejala dari suatu gangguan psikiatri yang dinamakan kelompok gangguan somatisasi. Pada gangguan ini, nyeri muncul tanpa adanya gangguan sebenarnya pada tubuh. Jadi nyeri merupakan respon secara langsung dari konflik psikologis yang dipindahkan pada tubuh. Secara psikologis, penderita gangguan somatisasi lebih dapat menerima bahwa nyeri yang mereka rasa adalah problem fisik sementara rasa sakit yang mereka rasakan secara psikis disangkal dan dipindahkan pada tubuh.

Depresi dan cemas diketahui meningkatkan sensitifitas nyeri. Terutama pada penderita depresi lansia, sangat sering mengeluhkan berbagai problem fisik seperti sakit kepala. Pada pasien yang baru melewati operasi, beratnya gejala nyeri sudah dibuktikan bergantung dari derajat kecemasan pasien tersebut. Nyeri psikogenik yang ditemukan bersamaan dengan gangguan atau kondisi psikiatri tertentu harus dieksplorasi dengan lebih baik, selain untuk mencari penyebab dari nyeri, juga untuk menentukan tatalaksana yang tepat.

1. **Stigma pada Nyeri Psikogenik**  
   Para penderita nyeri psikogenik umumnya mengalami stigma baik dari kalangan medis sendiri maupun masyarakat umum. Mereka memandang bahwa rasa nyeri yang timbul dari konflik psikologis ini tidaklah nyata bila dibandingkan rasa nyeri yang timbul akibat kelainan organ atau fungsi anatomis dan fisiologis tubuh. Para penderita nyeri psikogenik sering dianggap berpura-pura dan akhirnya tidak diberikan penatalaksanaan yang tepat. Kurangnya pengetahuan mengenai kondisi ini menyebabkan tatalaksana tidak maksimal. Model biopsikososial menunjukan bahwa dalam terapinya, bukan hanya pasien saja yang menjadi fokus terapi namun lingkungan sosial dan keluarga inti perlu dilibatkan dalm proses terapi
2. **Tatalaksana Nyeri Psikogenik**  
   Tatalaksana nyeri psikogenik tidak dapat hanya mengandalkan pada terapi farmakologis semata-mata namun amat perlu ditunjang dengan tatalaksana secara non farmakologis. Terapi non farmakologis terutama terpusat pada psikoterapi yang lebih berorientasi pada psikodinamika pasien ataupun psikoterapi CBT. Hal ini disebabkan karena nyeri muncul akibat konflik-konflik psikologis yang tidak terselesaikan dengan baik.

Penanganan pasien dengan nyeri psikogenik, memerlukan ketelitian lebih dari dokter pemeriksa. Pasien dengan nyeri psikogenik biasanya akan ‘memaksa’ dokter untuk melakukan pemeriksaan medis berulang mulai dari pemeriksaan fisik hingga pemeriksaan penunjang. Pasien akan terus berusaha mendapatkan penjelasan mengenai gejala-gejala yang dialaminya dan hal ini dapat membuat frustasi baik pasien sendiri maupun dokter pemeriksa. Pada kondisi yang berat, dapat terjadi kondisi di mana pasien akhirnya mendapatkan tindakan operatif berulang akibat nyeri yang dirasakannya yang sebetulnya tidak tepat. Oleh sebab itu, sangat penting untuk mengeksplorasi faktor psikologis sebagai dasar dari kondisi nyeri tersebut.

Dalam tatalaksana juga sangat penting untuk tidak memberikan kesan pada pasien bahwa nyeri yang dirasakannya hanyalah “khayalan” semata dan dokter harus menunjukan empati bahwa rasa nyeri tersebut memang nyata. Tatalaksana nyeri lebih dipusatkan pada perbaikan mekanisme coping pasien. Bila nyeri psikogenik merupakan bagian dari suatu diagnosis psikiatrik tertentu maka terapi difokuskan pada kondisi psikiatrik utama yang menjadi sumber timbulnya rasa nyeri. Jika nyeri merupakan bagian dari kondisi depresi yang terselubung yaitu kondisi depresi tanpa ditemukannya gejala mood depresi dan gejala-gejala lainnya maka pemberian antidepresan akan menjadi terapi pilihan utama. Sedangkan dalam kondisi yang jarang, nyeri dapat juga dialami sebagai bagian dari gejala halusinasi pada psikotik maka pada kondisi ini, terapi farmakologis dengan antipsikotik menjadi pilihan yang utama.

*Dimensi nyeri organik dan psikogenik bersifat kontinum, bukan dikhotomi. Campuran nyeri organik dan psikogenik, bila luka jaringan sedikit atau tidak nyeri, tidak ada kerusakan jaringan dengan nyeri berat, dan peran faktor psikologis pada nyeri bertambah ketika kondisi berlangsung lama (Turk & Okifuji, 1999).Bila pengalaman nyeri kronik tanpa dasar fisik, kondisi ini didiagnosa sebagai Pain Disorder (diklasifikasi dalam Somatoform Disorders) “The pain isn’t just in my head, Doc”(Karoly, 1985).*

Berikut ini beberapa peristiwa yang dapat menimbulkan nyeri psikologis :

PERISTIWA SKOR

Kematian pasangan 100

Kehamilan diluar nikah 92

Kematian orangtua 80

Perceraian 73

Kematian keluarga dekat (selain orangtua) 70

Kematian teman dekat 65

Perceraian orangtua 63

Hukuman penjara 61

Cedera tubuh/penyakit berat 60

Gagal menyelesaikan studi 58

Pernikahan 55

PHK (Pemutusan Hubungan Kerja) 50

Kehilangan bantuan keuangan untuk sekolah/beasiswa 48

Gagal menjalani pendidikan penting 40

**2. Acute versus Chronic Pain**

**a. Acute Pain**

Pengalaman nyeri secara kontinu atau beberapa bulan atau tahun dibedakan dari sesekali atau temporer.

Nyeri akut biasanya berlangsung dengan tiba- tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Hal ini menarik perhatian pada kenyataan bahwa nyeri ini benar terjadi dan mengajarkan kepada kita untuk menghindari situasi serupa yang secara potensial menimbulkan nyeri. Jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistematik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan terjadi penyembuhan; nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

Acute Pain menunjukkan pengalaman ketidaknyamanan dengan kondisi nyeri secara temporer yang berlangsung kurang dari 6 bulan (Chapman, 1991; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

**b. Chronic Pain**

Jika kondisi yang menyakitkan berlangsung selama lebih dari 6 bulan, disebut Chronic Pain. Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tetap dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Meski nyeri akut dapat menjadi signal yang sangat penting bahwa sesuatu tidak berjalan sebagaimana mestinya, nyeri kronis biasanya menjadi masalah dengan sendirinya.

Orang dengan Chronic Pain, memiliki anxiety tinggi dan cenderung mengembangkan perasaan putus asa dan ketidakberdayaan karena pengobatan medis tidak membantu. Rasa nyeri bercampur dengan aktivitas kesehariannya, tujuan hidupnya, dan tidurnya. Hal itu dapat mendominasi kehidupannya.

Rasa nyeri itu sendiri dapat mengganggu tidur, dan pikiran.

Problem lain adalah meninggalkan pekerjaan, berkurangnya penghasilan, dan bertambahnya tagihan pengobatan.

**C. Klasifikasi Nyeri**

Nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri dan waktu lamanya serangan.

**a. Nyeri berdasarkan tempatnya;**

1)    Pheriperal pain, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada mukosa, kulit.

2)    Deep pain, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

3)   Refered pain, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan kebagian tubuh didaerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.

4)   Central pain, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada system saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus dan lain-lain.

**b. Nyeri berdasarkan sifatnya;**

1)    Incidental pain, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.

2)    Steady pain, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.

3)   Paroxysmal pain, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap sekitar 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

**c. Nyeri berdasarkan berat-ringannya;**

1)    Nyeri rendah , yaitu nyeri dengan intensitas rendah

2)    Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.

3)    Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.

**d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan;**

1)      Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit arteriosclerosis pada arteri koroner.

2)      Nyeri kronis, yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun.

**C. Pain Syndrome**

Mengapa perangsangan elektrik pada area otak (periaqueductal gray area) menghasilkan analgesia? Hal ini menjawab tentang dasar neurochemical dari rasa nyeri

Dasar neurochemical dari Pain, yaitu bahwa zat neurochemical yang berkaitan dengan rasa nyeri akut dan kronik berhubungan dengan proses psikososial.

Aspek nyeri meliputi Biologis, Psikologis, & Sosial.

Fenomena perangsangan pada batang otak menghasilkan insensitisasi rasa nyeri yang disebut Stimulation-Produced Analgesia (SPA).

Secara natural Opiate dihasilkan otak sebagai penghilang rasa nyeri. Aktivasi ini dipicu oleh neurotransmitter.

Kerja opioid tampak jelas bahwa memiliki bahan kimia penghilang nyeri secara internal sehingga berfungsi adaptif.

Pain mengaktifkan sistem analgesic (Winters, 1985).Tingginya aktivitas opioid akan menjadi maladaptif dan menggunakan proses cognitive coping, spt mengalihkan perhatian. Hubungan antara stres, coping, dan aktivitas opioid menunjukkan kerjasama antara faktor biologis dan psikososial pada pengalaman nyeri seseorang

**D. Mekanisme Neurofisiologik nyeri**

Struktur spesifik dalam sistem syaraf terlibat dalam mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri. Sistem yang terlibat dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nonseptik. Sensivitas dari komponen sistem noniseptik dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor dan berbeda diantara individu. Tidak semua orang yang terpajan terhadap stimulus yang sama mengalami intensitas nyeri yang sama. Sensasi yang sangat nyeri bagi seseorang mungkin hampir tidak terasa bagi orang lain. Lebih jauh lagi, suatu stimulus dapat mengakibatkan nyeri pada suatu waktu tetapi tidak pada waktu lain. Sebagai contoh, nyeri akibat artritis kronis dan nyeri pascaoperatif sering terasa lebih parah pada malam hari (Smeltzer, 2002).  
  
Salah satu neuro modulator nyeri adalah endorfin (morfin endogen), merupakan substansi sejenis morfin yang disuplai oleh tubuh yang terdapat pada otak, spinal dan traktus gastrointestinal yang memberi efek analgesik, pada saat neuron nyeri perifer mengirimkan sinyal ke sinaps, terjadi sinapsis antara nyeri perifer dan neuron yang menuju ke otak tempat seharusnya untuk substansi nyeri, pada saat tersebut endorfin akan memblokir lepasnya substansi nyeri tersebut (Tamsuri, 2007).

**D. Faktor Psikososial**

* Reaksi anak saat akan disuntik, menangis, dan memukul dokter untuk mengantisipasi rasa nyeri. Ia belajar secara classical conditioning ketika vaksinasi.
* Migraine ditandai dengan gejala pusing. Gejala ini sbg CS menghasilkan distress sbg CR.
  + Pusing (CS) – Migraine 🡪 Distress (CR)
  + Sering terjadi 🡪 rasa nyeri menurun
* **Learning** mempengaruhi cara seseorang merasakan rasa nyerinya. Orang sakit berperilaku dengan karakteristik berbeda, mungkin mengerang, meringis, atau lemas. Ini disebut **Pain Behavior.**
* Proses sosial dari rasa nyeri adalah sebagai berikut orang yang nyeri akan menerima perhatian, perawatan, dan afeksi dari keluarga dan teman-teman yang dapat memberikan reinforcement sosial.
* Menghindari aktivitas sosial yang tidak disukai atau mendapatkan perawatan dari pasangan, dapat meningkatkan bantuan dan perhatian (Ciccone, et al., 1999; Flor et al., 1987).

**E. Empat Macam Pain Behavior**

1. Facial atau Audible Expression of Distress

Contoh dari Facial atau Audible Expression of Distress misalnya orang mengepalkan gigi mereka, erangan, atau meringis.

1. Distorted Ambulation or Posture,

spt bergerak dengan menlindungi, membungkuk sambil berjalan, atau menggosok atau memegang daerah yang menyakitkan.

1. Negative affect,

spt menjadi cepat marah.

1. Avoidance of activity,

spt berbaring sepanjang hari, berdiam di rumah, atau menahan diri dari pergerakan atau aktivitas berat.

**F. Emotions, Coping Processes, and Pain**

* Sakit Gigi 🡪 Nyeri – emosi tidak senang
  + Pikiran negatif ttg gigi 🡪 Coping negatif 🡪 Nyeri meningkat
  + Pikiran positif ttg gigi 🡪 Coping positif 🡪 Nyeri menurun
* Emosi mempengaruhi rasa nyeri
* Coping mempengaruhi rasa nyeri

**G. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan sensitivitas nyeri**

1. Jenis kelamin

Pada umumnya wanita menunjukkan ekspresi emosional yang lebih kuat pada saat nyeri. Menangis misalnya, adalah hal atau perilaku yang sudah dapat diterima pada wanita sementara pada laki-laki hal ini dianggap hal yang memalukan (Lewis, 1983)

2. Usia

Usia merupakan variabel penting dalam merespon nyeri. Cara lansia merespon nyeri dapat berbeda dengan orang yang berusia lebih muda. Lansia cenderung mengabaikan nyeri dan menahan nyeri yang berat dalam waktu yang lama sebelum melaporkannya atau mencari perawatan kesehatan (Brunner & Suddarth, 2001)

3. Budaya

Budaya mempunyai pengaruh bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Zborowski (dalam Niven, Majalah Ilmiah INFORMATiKA Vol. 1 No. 1, Januari 2010 1994) ekspresi perilaku nyeri psikologi berbeda antara satu kelompok dengan kelompok yang lain di satu lingkungan rumah sakit. Perbedaan tersebut dianggap terjadi akibat sikap dan nilai yang dianut oleh kelompok etnik tersebut.

4. Ansietas (kecemasan)

Menurut Racham dan Philips (dalam Niven,1994) ansietas (kecemasan) mempunyai efek yang besar terhadap kualitas maupun terhadap intensitas pengalaman nyeri. Ambang batas nyeri berkurang karena adanya peningkatan rasa cemas dan ansietas menyebabkan terjadinya lingkaran yang terus berputar karena peningkatan ansietas akan menyebabkan peningkatan sensitivitas nyeri.

5. Pengalaman masa lalu

Cara seseorang berespon terhadap nyeri adalah akibat dari banyak kejadian nyeri selama rentang kehidupannya. Individu yang mengalami nyeri selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun dapat menjadi mudah marah, menarik diri dan depresi (Brunner & Suddarth,2001)

6. Pola koping

Individu yang memiliki lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri.Sebaliknya individu yang memiliki lokus kendali eksternal, mempersepsikan factor-faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggungjawab terhadap hasil akhir peristiwa. Individu yang memiliki lokus kendali internal melaporkan mengalami nyeri yang tidak terlalu berat daripada individu yang memiliki lokus kendali eksternal (Potter & Perry,2005)

7. Dukungan sosial dan keluarga

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan. Walaupun klien tetap merasakan nyeri tetapi adanya dukungan sosial dan keluarga akan mengurangi rasa kesepian dan ketakutan (Potter & Perry, 2005) .

**H. Pengukuran nyeri**

Pengukuran nyeri dapat dilihat dari tanda-tanda karakteristik yang ditimbulkan, yaitu:

1. Nyeri ringan umumnya memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi
2. Nyeri sedang atau moderat memiliki karakteristik : Peningkatan frekuensi pernafasan, Peningkatan tekanan darah, Peningkatan kekuatan otot, dilatasi pupil.
3. Nyeri berat memiliki karakteristik : Muka pucat, Otot mengeras, Penurunan frekuensi nafas dan tekanan darah, Kelelahan dan keletihan.

**I. Penanganan Nyeri Psikologi**

Ada beberapa cara yang dapat digunakan psikolog dalam menangani gangguan nyeri psikologi ini, diantaranya :

a. Non farmakologis

Dengan distraksi, yaitu teknik mengalihkan perhatian klien ke hal lain terutama hal yang menyenangkan dengan tujuan untuk menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Salah satu teknik distraksi adalah dengan mendengarkan music (Potter & Perry, 2005). Teknik-teknik pengalihan mengurangi nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulus lain dan menjauhi nyeri. Menonton televisi, membaca buku, mendengarkan musik dan melakukan percakapan adalah contoh-contoh umum pengalihan (Price & Wilson, 2005). Smeltzer& Bare (2001) menyatakan bahwa seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian mengenai nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desendens, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak. Perry & Potter (2005), mengemukakan salah satu distraksi yang paling efektif Majalah Ilmiah INFORMATiKA Vol. 1 No. 1, Januari 2010, adalah musik, yang dapat menurunkan nyeri fisiologis, stres dan kecemasan dengan megalihkan perhatian seseorang dari nyeri.Guzzeta dalam (Perry & Potter, 2005), menyatakan bahwa musik terbukti menunjukkan efek, yaitu menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan dan depresi, menghilangkan nyeri, menurunkan tekanan darah dan mengubah persepsi waktu.Musik harus didengarkan minimal 15 menit agar dapat memberikan efek terapeutik.

b. Relaksasi

Dasar teori relaksasi ini menurut Kristyawati (2005) adalah pada system saraf manusia terdapat system saraf pusat dan system saraf otonom. Fungsi system saraf pusat adalah mengendalikan gerakan-gerakan yang dikehendaki, misalnya : gerakan tangan, kaki, leher, jari-jari dan sebagainya. system saraf otonom berfungsi mengendalikan gerakan-gerakan yang otomatis, misalnya fungsi digestif, proses kardiovaskuler, gairah seksual dan sebagainya. system saraf otonom terdiri dari system saraf parasimptetis yang kerjanya saling berlawanan. System saraf simpatetis bekerja meningkatkan rangsangan atau memacu organ-organ tubuh, memacu meningkatnya detak jantung dan pernafasan, menurunkan temperature kulit dan daya tahan kulit, dan juga akan menghambat proses digestif dan seksual. System saraf parasimpatetis menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh system saraf simpatetis dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh system saraf simpatetis. Selama sistem-sistem berfungsi normal dalam keseimbangan, bertambahnya aktivitas system yang satu akan menghambat atau menekan efek system yang lain. Pada waktu individu mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah system saraf parasimpatetis dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang dan rasa cemas dengan cara resiprok sehingga timbul counter conditioning dan penghilangan (Prawitasari,1988). Apabila individu melakukan relaksasi ketika ia mengalami ketegangan atau kecemasan, maka reaksi-reaksi fisiologis yang dirasakan individu akan berkurang sehingga ia akan merasa rileks. Apabila kondisi fisiknya sudah rileks, maka kondisi psikisnya juga tenang. Menurut Brunner & Suddarth (2001) teknik relaksasi ini dapat dilakukan dengan cara penderita memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi( masuknya O2 ke paru-paru ) dan Peranan Psikolog dalam Menangani Penderita Nyeri Psikologi di RS (Siska APP) ekshalasi ( keluarnya CO2 dari paru-paru ). Teknik relaksasi ini sangat efektif terutama pada pasien nyeri kronis. Bentuk relaksasi ada bermacam-macam, antara lain : relaksasi otot, relaksasi kesadaran indera, dan relaksasi melalui hipnosa, yoga maupun meditasi transcendental (Taylor,1995). Relaksasi adalah salah satu teknik didalam terapi perilaku yang dikenalkan oleh Jacobson seorang psikolog dari Chicago, teknik yang disebutnya relaksasi progressive untuk mengurangi ketegangan otot. Jacobson berpendapat bahwa semua bentuk ketegangan termasuk ketegangan mental didasarkan pada konstraksi dari otot (Sheridan dan Radmacher,1992). Jika seseorang dapat diajarkan untuk merelakskan otot mereka, maka mereka benar-benar rileks.Seseorang yang tetap mengalami ketegangan mental atau emosional, sementara otot mereka relaks adalah orang yang mengalami ketegangan semu. Ada banyak manfaat nyata dari latihan relaksasi. Burn (dalam Utami, 2002) melaporkan beberapa keuntungan yang diperoleh dari latihan relaksasi, antara lain :

1. Relaksasi akan membuat individu lebih mampu menghindari reaksi yang berlebihan karena adanya stres. Penelitian yang dilakukan Dewi (1998) menunjukkan bahwa relaksasi dapat menurunkan ketegangan pada siswa sekolah penerbang.

2. Masalah-masalah yang berhubungan dengan stres seperti hipertensi, sakit kepala, insomnia dapat dikurangi atau diobati dengan relaksasi. Penelitian Hoelscher dan Lichstein (1986) serta Karyono (1994) menunjukkan bahwa relaksasi dapat menurunkan tekanan darah systolic dan diastolic pada penderita hipertensi.Selanjutnya Weil dan Goldfried dan Davidson (dalam Utami, 2002) bahkan telah membuktikan keberhasilan penggunaan relaksasi pada penderita insomnia yang berusia 11 tahun.

3. Mengurangi tingkat kecemasan. Beberapa bukti telah menunjukkan bahwa individu dengan tingkat kecemasan yang tinggi dapat menunjukkan efek fisiologis positif melalui latihan relaksasi.

4. Mengurangi perilaku tertentu yang sering terjadi selama periode stres seperti mengurangi jumlah rokok yang dihisap, konsumsi alkohol, pemakaian obat-obatan, dan makan yang berlebihan. Penelitian yang dilakukan oleh Sutherland, Amit, Golden dan Majalah Ilmiah INFORMATiKA Vol. 1 No. 1, Januari 2010. Rosenberger (dalam Walker dkk, 1981) membuktikan bahwa relaksasi dapat

membantu mengurangi merokok.

5. Meningkatkan penampilan kerja, sosial, dan ketrampilan fisik. Hal ini mingkin terjadi sebagai hasil pengurangan tingkat ketegangan.

6. Kelelahan, aktivitas mental, dan atau latihan fisik yang tertunda dapat diatasi lebih cepat dengan menggunakan latihan relaksasi.

7. Kesadaran diri tentang keadaan fisiologis seseorang dapat meningkat sebagai hasil latihan relaksasi, sehingga memungkinkan individu untuk menggunakan ketrampilan relaksasi untuk timbulnya rangsangan fisiologis.

8. Relaksasi merupakan bantuan untuk menyembuhkan penyakit tertentu dan operasi.

9. Konsekuensi fisiologis yang penting dari relaksasi adalah bahwa tingkat harga diri dan keyakinan diri individu meningkat sebagai hasil kontrol yang meningkat terhadap reaksi stres.

10. Meningkatkan hubungan interpersonal.

Orang yang rileks dalam situasi interpersonal yang sulit akan lebih berpikir rasional.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Suyatmo dkk (2009) tentang Pengaruh Relaksasi Otot dalam menurunkan Skor Kecemasan T-TMAS pada Mahasiswa Menjelang Ujian Akhir Program D1 Akademi Keperawatan Notokusumo Yogyakarta didapatkan hasil bahwa ada penurunan kecemasan dari pre test ke post test. Stewart (dalam Hartanti, 2005), menyatakan bahwa prosedur relaksasi adalah sebagai berikut: pertama-tama klien menarik nafas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara dalam hitungan 1 sampai 3, lalu perlahan-lahan dihembuskan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut, klien bernafas dalam irama normal sampai 3 detik, lakukan kembali hal tersebut dan perawat meminta klien untuk konsentrasi pada daerah tubuh yang terasa hangat dan ringan. Setelah klien merasa rileks, pasien dianjurkan bernafas pelan-pelan.

c. Psikoterapi ( terapi kognitif )

Psikoterapi yang efektif untuk mengatasi gangguan psikologi seperti : depresi dan kecemasan yang dianggap sebagai pencetus nyeri psikologi adalah terapi kognitif.Apa yang dipikirkan seseorang tentang nyeri yang dialaminya memberikan pengaruh terhadap kehidupannya dan terhadap seberapa besar nyeri yang dia rasakan. Pikiran negative tentang nyeri akan memfokuskan perhatian seseorang terhadap aspek yang tidak menyenangkan dan membuat nyeri yang dirasakan bertambah buruk ( DiMetteo,1991). Pemberian intervensi terapi kognitif ini adalah untuk meningkatkan cara berfikir klien dengan mengarahkan klien untuk memahami masalah yang dihadapinya. Klien diyakinkan bahwa ia memiliki kemampuan untuk berperilaku normal ( Tailor,1995 ). Menurut Beck (dikutip Kristyawati,2005) secara khusus mengupas secara kritis peran kognisi pada gangguan neurotic yaitu teori kognitif untuk gangguan emosional. Sejumlah penelitian psikoterapi telah menunjukkan efektivitas terapi kognitif untuk treatmen penderita depresi. Salah satu hasil penelitian mengenai penderita depresi sedang hingga berat, sebagian besar diantaranya adalah mengenai bunuh diri dan telah mengalami depresi secara intermiten atau terus – menerus selama 8 tahun memperlihatkan bahwa pasien yang diobati dengan terapi kognitif saja mempunyai angka pemulihan yang lebih besar, angka kegagalan yang lebih kecil dan angka perbaikan yang lebih cepat dibandingkan penderita yang diobati dengan terapi antidepresi saja ( Rush dalam Herink,1980 ). Burns (1988) menyatakan bahwa terapi kognitif merupakan cara penyembuhan gejala depresi yang revolusioner dibandingkan dengan psikoterapi konvensional maupun terapi obat-obatan. Penelitiannya terhadap beberapa kasus depresi berat menunjukkan berhasil menyembuhkan 74 % kasus selama 12 minggu penanganan dengan terapi kognitif.Penelitian serupa juga dilakukan oleh Retnowati (1990) terhadap para mahasiswa yang mengalami depresi, Majalah Ilmiah INFORMATiKA Vol. 1 No. 1, Januari 2010 ,diberikan terapi kognitif dengan model pendekatan kelompok.Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat penurunan symptom depresi dari kategori sedang menjadi normal setelah dilakukan terapi kognitif secara kelompok selama 6 minggu. Louis dkk (1996) meneliti dampak terapi kognitif untuk depresi dan hasilnya menunjukkan aspek khas terapi kognitif yaitu terapis memfokuskan pada distorsi kognisi berkorelasi dengan depresi.Demikian juga Adele dan Jennifer (1988) meneliti terapi kognitif untuk depresi menghasilkan perbaikan pola depresi pada akhir perawatan.Pengaruh keahlian terapis diteliti oleh Brian dkk (1999) yang meneliti keahlian terapis berhubungan dengan hasil perawatan terapi kognitif untuk depresi dan hasilnya kemampuan ahli terapi dapat menurunkan tingkat depresi. Penelitian ini diperkuat oleh Joyce dan Paykel (dalam Lindsay dan Powel,1995) yang membuktikan bahwa symptom yang diberi treatmen obat tidak sebaik treatmen yang menggunakan terapi kognitif untuk gangguan depresi. Pemberian intervensi terapi kognitif yang dilakukan secara kelompok hasilnya sama efektif dengan bila diberikan secara individual (Scott dan Stradling,1990). Terapi kognitif dapat digunakan sendiri dalam terapi gangguan depresif ringan sampai sedang atau bersama-sama dengan anti depresan untuk gangguan depresif berat. Terapi ini juga telah digunakan pada kondisi lain seperti : gangguan panic, gangguan obsessive kompulsif dan gangguan kepribadian paranoid dan gangguan somatoform (Kaplan dkk,1997).

**KESIMPULAN :**

Jadi dengan demikian materi kita kali ini mencakup hal-hal berikut ini :

**A. PENGERTIAN PAIN**

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial.

**B. TAHAPAN NYERI**

Dua dimensi perbedaan, tergantung dari mana asal rasa sakit yang menentukan kerusakan jaringan.

* + Organic versus Psychogenic Pain
  + Acute versus Chronic Pain

Berikut ini adalah penjelasan tentang jenis PAIN menurut para ahli.

1. Organic versus Psychogenic Pain

a. Organic Pain

1. **Trauma mekanik**
2. **Trauma thermal**
3. **Trauma kimiawi**
4. **Trauma elektrik**
5. **Neoplasma**
6. **Nyeri** **pada** **peradangan**.

b. Psychogenic Pain

Jenis luka lain tidak terdapat kerusakan jaringan dan gagal mendapatkan dasar organik. Luka ini dihasilkan dari proses psikologis, sensasi tidak nyata. Yang perlu diperhatikan dalam psychogenic pain adalah :

1. **Diagnosis**
2. **Penyebab**
3. **Stigma pada Nyeri Psikogenik**
4. **Tatalaksana Nyeri Psikogenik**

**2. Acute versus Chronic Pain**

**a. Acute Pain**

Acute Pain menunjukkan pengalaman ketidaknyamanan dengan kondisi nyeri secara temporer yang berlangsung kurang dari 6 bulan (Chapman, 1991; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

**b. Chronic Pain**

Jika kondisi yang menyakitkan berlangsung selama lebih dari 6 bulan, disebut Chronic Pain. Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu.

**C. Klasifikasi Nyeri**

Nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri dan waktu lamanya serangan.

**a. Nyeri berdasarkan tempatnya;**

1)    Pheriperal pain

2)    Deep pain

3)   Refered pain

4)   Central pain

**b. Nyeri berdasarkan sifatnya;**

1)    Incidental pain

2)    Steady pain,

3)   Paroxysmal pain,

**c. Nyeri berdasarkan berat-ringannya;**

1)    Nyeri rendah ,

2)    Nyeri sedang,.

3)    Nyeri berat,.

**d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan;**

1)      Nyeri akut,

2)      Nyeri kronis, yaitu

**D. Pain Syndrome**

Dasar neurochemical dari Pain, yaitu bahwa zat neurochemical yang berkaitan dengan rasa nyeri akut dan kronik berhubungan dengan proses psikososial.

Aspek nyeri meliputi Biologis, Psikologis, & Sosial.

**E. Mekanisme Neurofisiologik nyeri**

Struktur spesifik dalam sistem syaraf terlibat dalam mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri. Sistem yang terlibat dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nonseptik.

**F. Faktor Psikososial**

* Reaksi
* Learning
* Proses sosial dari rasa nyeri

**G. Empat Macam Pain Behavior**

1. Facial atau Audible Expression of Distress
2. Distorted Ambulation or Posture,
3. Negative affect,
4. Avoidance of activity,

**H. Emotions, Coping Processes, and Pain**

* + Pikiran negatif ttg gigi 🡪 Coping negatif 🡪 Nyeri meningkat
  + Pikiran positif ttg gigi 🡪 Coping positif 🡪 Nyeri menurun
* Emosi dan coping mempengaruhi rasa nyeri

**I. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan sensitivitas nyeri**

1. Jenis kelamin

2. Usia

3. Budaya

4. Ansietas (kecemasan)

5. Pengalaman masa lalu

6. Pola koping

7. Dukungan sosial dan keluarga

**J. Pengukuran nyeri**

Pengukuran nyeri dapat dilihat dari tanda-tanda karakteristik yang ditimbulkan, yaitu:

1. Nyeri ringan
2. Nyeri sedang
3. Nyeri berat.

**K. Penanganan Nyeri Psikologi**

Ada beberapa cara yang dapat digunakan psikolog dalam menangani gangguan nyeri psikologi ini, diantaranya :

a. Non farmakologis dengan distraksi,

b. Relaksasi

c. Psikoterapi ( terapi kognitif )

**DAFTAR PUSTAKA**

Sarafino, Edward P. (2002). *Health psychology: Biopsychosocial interaction* (4thed.). New York: John Wiley.

Brannon, L &Feist, Jess (2000). *Health psychology: An Introduction to behavior and health* (4th ed.). United State: Wadsworth Thomson Learning.