

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Otitis Media Akut

2.1.1 Pengertian Otitis Media Akut

Otitis Media merupakan peradangan sebagian atau seluruh mukosa telinga tengah, tuba eustachius, antrum mastoid dan sel-sel mastoid. Otitis media berdasarkan gejalanya dibagi menjadi dua antara lain otitis media supuratif dan non supuratif, dari masing-masing golongan mempunyai bentuk akut dan kronis. Selain itu terdapat juga otitis media spesifik, seperti otitis media tuberkulosa atau otitis media sifilitika. Otitis media yang lain ialah otitis media adhesiva (Soepardi & Iskandar, 2001: 50).

Otitis Media Akut merupakan peradangan tengah yang terjadi secara cepat dan singkat (dalam waktu kurang dari 3 minggu) yang disertai dengan gejala lokal dan sistemik (Munilson dkk). Menurut Muscari (2005: 219) otitis media akut (OMA) merupakan inflamasi telinga bagian tengah dan salah satu penyakit dengan prevalensi paling tinggi pada masa anak-anak, dengan puncak insidensi terjadi pada usia antara 6 bulan sampai 2 tahun. Hampir 70% anak akan mengalami otitis media akut (OMA) paling sedikit satu periode otitis media.

2.1.2 Etiologi Otitis Media Akut

Menurut Adams (1997: 96) penyebab otitis media akut antara lain :

1. Faktor pertahanan tubuh terganggu

Telinga tengah biasanya steril, meskipun terdapat mikroba di nasofaring dan faring. Secara fisiologik terdapat mekanisme pencegahan masuknya mikroba ke dalam telinga tengah oleh silia mukosa tuba eustachius, enzim penghasil mukus (misalnya muramidase) dan antibodi.

2. Obstruksi tuba eustachius

Merupakan suatu faktor penyebab dasar pada otitis media akut, karena fungsi tuba eustachius terganggu, pencegahan invasi kuman ke telinga tengah juga terganggu, sehingga kuman masuk ke dalam telinga tengah dan terjadi peradangan. Pada bayi terjadinya otitis media akut dipermudah karena tuba eustachiusnya pendek, lebar, dan agak horisontal letaknya.

3. Infeksi saluran pernafasan atas

Terutama disebabkan oleh virus, pada anak makin sering terserang infeksi saluran pernafasan atas makin besar kemungkinan terjadinya otitis media akut.

4. Bakteri piogenik

Bakteri yang umum ditemukan sebagai organisme penyebab adalah streptococcus pneumoniae, hemophilus influenzae, streptococcus beta-hemolitikus dan moraxella catarrhalis.

2.1.3 Manifestasi Klinis Otitis Media Akut

Gejala otitis media akut dapat bervariasi antara lain :

- a. nyeri telinga (otalgia)
- b. keluarnya cairan dari telinga
- c. demam

- d. kehilangan pendengaran
- e. tinitus
- f. membran timpani tampak merah dan menggelembung (Smeltzer & Bare, 2001: 2051).

Menurut Adams (1997: 96) gejala otitis media akut berupa :

1. Nyeri
2. demam
3. malaise
4. nyeri kepala
5. membran timpani tampak merah dan menonjol
6. abses telinga tengah
7. pada bayi sering kali mudah marah, bangun di tengah malam sambil menangis dan menarik-narik telinganya.

2.1.4 Stadium Otitis Media Akut

Menurut Soepardi & Iskandar (2001: 51-52) stadium Otitis media akut berdasarkan perubahan mukosa telinga tengah antara lain :

1) Stadium Oklusi Tuba Eustachius

Tanda adanya oklusi tuba eustachius ialah adanya gambaran retraksi membran timpani akibat terjadinya tekanan negatif didalam telinga tengah, karena adanya absorpsi udara. Kadang-kadang membran timpani tampak normal (tidak ada kelainan) atau berwarna keruh pucat. Efusi mungkin tidak terjadi, tetapi tidak dapat dideteksi,. Stadium ini sukar dibedakan dengan otitis media serosa yang disebabkan oleh virus atau alergi.

2) Stadium Hiperemis (Stadium Prepurasi)

Pada stadium hiperemis, tampak pembuluh darah yang melebar dimembran timpani peremis serta edem. Sekret yang telah terbentuk mungkin masih bersifat eksudat yang serosa sukar terlihat.

3) Stadium Supurasi

Edem yang hebat pada mukosa telinga tengah dan hancurnya sel epitel superfisial, serta terbentuknya eksudat yang purulen di kavum timpani, menyebabkan membran timpani menonjol (*bulging*) ke arah liang telinga luar.

Pada keadaan ini pasien tampak sangat sakit, nadi dan suhu meningkat, serta rasa nyeri di telinga bertambah hebat.

4) Stadium Perforasi

Karena beberapa sebab seperti terlambat pemberian antibiotika atau virulensi kuman yang tinggi, maka dapat terjadi ruptur membran timpani dan nanah keluar mengalir dari telinga tengah ke liang telinga luar. Anak yang tadinya gelisah sekarang menjadi tenang, suhu badan turun dan anak dapat tertidur nyenyak. Keadaan ini disebut dengan otitis media akut stadium perforasi.

5) Stadium Resolusi

Dimana membran timpani tetap utuh, maka keadaan membran timpani perlahan-lahan akan normal kembali. Bila sudah terjadi perforasi, maka sekret akan berurang dan akhirnya kering. Bila daya tahan tubuh baik atau virulensi kuman rendah, maka resolusi dapat terjadi walaupun tanpa pengobatan. Otitis Media Akut berubah menjadi OMSK (Otitis Media

Supuratif Kronik) bila perforasi meningkat dengan sekret yang keluar terus-menerus atau hilang timbul. Otitis Media Akut dapat menimbulkan gejala sisa (*sequele*) berupa otitis media serosa bila sekret menetap di kavum timpani tanpa terjadinya perforasi.

2.1.5 Patofisiologi Otitis Media Akut

Kuman penyebab utama pada Otitis Media Akut ialah bakteri piogenik, seperti streptokokus hemolitikus, stafilokokus aureus, pneumokokus. Selain itu kadang-kadang ditemukan juga hemofilus influenza, proteus vulgaris dan pseudomonas aurugenosa (Soepardi & Iskandar, 2001: 51). Menurut Muscari (2005: 220) patofisiologi otitis media akut (OMA) yaitu terjadi disfungsi tuba eustachii memungkinkan invasi bakteri ke telinga tengah dan mengobstruksikan drainase sekret. Komplikasi yang mungkin terjadi antara lain kehilangan pendengaran, timpanosklerosis (jaringan parut), perforasi timpanik, otitis adesif ("lem-telinga"), otitis media supuratif kronis, mastoiditis, meningitis, dan kolesteatoma.

2.1.6 Komplikasi Otitis Media Akut

Menurut Rudolph (2006: 1051-1052) komplikasi otitis media akut terdiri antara lain:

a. Kehilangan pendengaran

Selama fase otitis media akut bila ada efusi, terdapat kehilangan pendengaran konduktif yang biasanya sembuh sempurna pada penderita yang diobati dengan memadai. Namun, proses radang dapat merangsang fibrosis, hialinisasi, dan endapan kalsium pada membran timpani (MT) dan pada struktur telinga tengah. Plak timpanosklerosis ini tampak sebagai bercak

bahan putih ireguler. Timpanosklerosis dapat menghalangi mobilitas membran timpani (MT) dan kadang-kadang dapat memfiksasi rantai osikula.

b. Perforasi Membran Timpani (MT)

Membran Timpani (MT) dapat mengalami perforasi akibat nekrosis jaringan selama infeksi. Perforasi ini biasanya kecil, terjadi pada bagian sentral pars tensa, dan menyembuh secara spontan bila infeksi sembuh. Perforasi yang lebih besar mungkin tidak dapat menutup. Otitis media tuberkulosis biasanya menyebabkan banyak perforasi kecil. Rantai osikula juga terkena oleh nekrosis. Paling lazim prosesus longus inkus nekrosis, mengakibatkan osikula tidak konsisten. Perforasi membran timpani (MT) menetap dan nekrosis osikula, Keduanya menyebabkan kehilangan pendengaran konduktif yang memerlukan koreksi bedah dengan timpanoplasti.

c. Kolesteatoma

Pada proses penyembuhan perforasi, epitel skuamosa, dapat tumbuh kedalam telinga tengah, membentuk struktur seperti kantong yang mengumpulkan debris epitel yang lepas. Kista ini di sebut "kolesteatoma".

d. Paralisis saraf kranial

Paralisis n. fasialis dapat terjadi pada otitis media supuratif akut. Sekitar sepertiga penderita mempunyai tulang yang tidak sempurna yang menutupi n. fasialis dalam telinga tengah. Paralisis dapat parsial atau total. Penyembuhan biasanya total jika digunakan terapi antibiotik dan dilakukan

miringotomi. Pemasangan PET memberikan jalan secara langsung bagi antibiotik untuk diteteskan pada daerah yang meradang.

e. Labirinitis

Selama otitis media akut, respon radang yang di sebut "labirinitis serosa" dapat terjadi. Biasanya ada vertigo ringan tetapi bukan kehilangan pendengaran. Namun jika bakteri menginvasi labirin melalui fenestra ovalis ratundum, terjadi labirinitis supuratif akut yang menyebabkan vertigo berat, nistagmus dan kehilangan pendengaran sensorineural berat. Mungkin perlu dilakukan drainase bedah terhadap labirin untuk menghindari infeksi intrakranium.

f. Mastoiditis

Keterlibatan mastoid dengan radang dan eksudat purulen selalu ada selama otitis media akut, seperti ditunjukkan oleh keopakan sistem sel udara (mastoiditis) rontgenografi. mastoiditis supuratif akut menggambarkan osteomielitis mastoid koalesen akut, sekat-sekat sel udara mengalami nekrosis dan sistem sel udara menjadi konfluen. Hal ini disertai dengan nyeri berat dibelakang telinga, pembengkakan dan radang pada mastoid, dan perpindahan aurikula ke depan dan lateral kepala. Pada pemeriksaan otoskop, dinding posterosuperior saluran telinga tampak melengkung. Kadang-kadang, ujung mastoid karena infeksi dan nanah meluap ke dalam bidang leher yang terletak di sebelah anterior m. sternokleidomastoideus (abses bezold).

g. Meningitis

Komplikasi intrakranium otitis media akut yang paling lazim adalah meningitis. Komplikasi ini paling sering terjadi bila diagnosis dan terapi terlambat.

h. Hidrosefalus Otitis

Komplikasi intrakranium lain adalah serebritis, abses epidural, abses otak, dan trombosis sinus lateralis. Hidrosefalus otitis terjadi bila ada trombosis sinus petrosus.

2.1.7 Penatalaksanaan Otitis Media Akut

Penatalaksanaan Otitis Media Akut menurut Soepardi & Iskandar (2001: 52-53) tergantung pada stadium penyakitnya yaitu:

- a. Stadium Oklusi: bertujuan untuk membuka tuba eustachius sehingga tekanan negatif ditelinga tengah hilang. Untuk ini diberikan obat tetes hidung HCL efedrin 0,5% dan pemberian antibiotik apabila penyebab penyakit adalah kuman, bukan virus atau alergi.
- b. Stadium Presupurasi: analgetika, antibiotika yang dianjurkan biasanya golongan ampicillin atau penisilin.
- c. Stadium Supurasi: diberikan antibiotika dan obat-obat simptomatik. Dapat dilakukan miringotomi bila membran menonjol dan masih utuh untuk mencegah perforasi.
- d. Stadium Perforasi: sering terlihat sekret banyak yang keluar dan kadang terlihat keluarnya sekret secara berdenyut (pulsasi). Pengobatannya adalah obat pencuci telinga H₂O₂ 3% selama 35 hari dan diberikan antibiotika yang adekuat.

- e. Stadium Resolusi: maka membran timpani berangsur normal kembali, sekret tidak ada lagi dan perforasi membran timpani menutup.

2.1.8 Pertimbangan Keperawatan

Tujuan keperawatan untuk anak yang menderita Otitis Media Akut antara lain adalah 1) mengurangi nyeri, 2) memfasilitasi drainase jika memungkinkan, 3) mencegah komplikasi atau kekambuhan, 4) mengajarkan pada keluarga cara-cara merawat anak, dan 5) memberi dukungan emosional pada anak dan keluarga.

Salah satu penatalaksanaannya untuk mengurangi nyeri dengan cara memberikan kompres dingin/es. Kompres dingin/es yang diletakkan dibelakang telinga dengan anak pada posisi miring ke telinga yang tidak sakit dapat memberikan rasa nyaman dan mengurangi edema serta tekanan (Wong, 2008: 945).

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian Nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subyektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Long, 1996: 220). Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat.

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan yang aktual atau potensial. Nyeri merupakan gejala atau keluhan utama yang mendorong seseorang untuk mencari pertolongan perawatan kesehatan. Secara obyektif nyeri tidak dapat diukur karena penampakan atau perubahan fisik tidak sama dengan

apa yang dirasakan pasien. Definisi keperawatan tentang nyeri menyatakan bahwa nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya (Smeltzer & Bare, 2001: 212).

Menurut *International Association for The Study of Pain* (1979) dalam Potter dan Perry (2005 : 1502), nyeri adalah suatu sensori subyektif jaringan dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan jaringan aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.

Menurut Wong (2009) nyeri yang dirasakan anak dapat dijabarkan dalam bentuk respon fisik dan perilaku, respon perilaku yang mengindikasikan nyeri yang sedang dirasakan antara lain: meringis kesakitan, mengatupkan gigi atau bibir, membuka mata lebar-lebar, mengguncang-guncang, menendang, memukul, dan melarikan diri.

2.2.2 Penyebab Nyeri

Menurut Asmadi (2008: 145-146), penyebab nyeri dapat dikelompokkan menjadi dua golongan yaitu : faktor fisik dan faktor psikologis.

1. Faktor Fisik

Faktor fisik meliputi trauma (baik trauma mekanik, teknis, kimiawi, maupun listrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah. Nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Serabut ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan

pada jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Tindakan operasi merupakan salah satu bentuk trauma fisik yang disengaja.

2. Faktor Psikologis

Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik.

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Menurut Smeltzer & Bare (2001: 213) menjelaskan bahwa secara umum nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

1. Nyeri Akut

Adalah nyeri yang awalnya tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, kriterianya sebagai berikut :

- a. Awalan mendadak
- b. Intensitasnya ringan menjadi berat
- c. Durasi singkat
- d. Respon otonom : sesuai dengan respon simpatis, frekuensi jantung meningkat, volume sirkulasi meningkat, tegangan otot meningkat, tekanan darah meningkat, dilatasi pupil meningkat, motilitas gastrointestinal menurun, dan aliran saliva menurun.
- e. Komponen psikologis : ansietas.

2. Nyeri Kronis

Adalah nyeri atau intermitten yang menetap sepanjang satu periode waktu, dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Awalan terus menerus atau intermitten

- b. Intensitas ringan sampai berat
- c. Durasinya lama 6 bulan atau lebih
- d. Tidak terdapat respon otonom
- e. Komponen psikologis : depresi, mudah tersinggung, menarik diri dari dunia luar dan persahabatan, tidur terganggu, libido menurun, dan nafsu makan menurun.

Menurut Andarmoyo (2013: 39-42) klasifikasi dikelompokkan menjadi beberapa bagian antara lain :

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan Asal

Nyeri di klasifikasikan berdasarkan asalnya dibedakan menjadi nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik.

a. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif (*nociceptif pain*) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivasi atau sensitisasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulusnoxious. Nyeri nosiseptif perifer dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain. Hal ini dapat terjadi pada nyeri post operatif dan nyeri kanker.

Di lihat dari sifat nyerinya maka nyeri nosiseptif merupakan nyeri akut. Nyeri akut merupakan nyeri nosiseptif yang mengenai daerah perifer dan letaknya lebih terlokalisasi.

b. Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda pada nyeri

nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem saraf perifer. Nyeri ini lebih sulit di obati. Pasien akan mengalami nyeri seperti rasa terbakar, tingling, shooting, shock like, hypergesia, atau allodynia. Nyeri neuropatik dari sifat nyerinya merupakan nyeri kronis.

2) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya menurut Potter dan Perry (2005: 1519) dibedakan sebagai berikut :

a. Superficial atau Kutaneus

Nyeri superficial adalah nyeri yang disebabkan stimulasi kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan terlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

b. Visceral Dalam

Nyeri visceral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah. Durasinya bervariasi tetapi biasanya berlangsung lebih lama daripada nyeri superficial. Pada nyeri ini juga menimbulkan rasa tidak menyenangkan, dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Nyeri dapat terasa tajam, tumpul, atau unik tergantung organ yang terlibat. Contoh sensasi pukul (*crushing*) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar pada ulkus lambung.

c. Nyeri Alih (*Reffered Pain*)

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak orang tidak memiliki reseptor nyeri. Jalan masuk neuron sensori dari organ yang terkena ke dalam segmen medulla spinalis sebagai neuron dari tempat asal nyeri dirasakan, persepsi nyeri pada daerah yang tidak terkena. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang tidak terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik. Contoh nyeri yang terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri; batu empedu, yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d. Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristiknya nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh. Nyeri dapat menjadi intermitten atau konstan. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskus intravertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

2.2.4 Pengalaman Nyeri

Terdapat 3 fase pengalaman nyeri menurut Andarmoyo (2013: 45-46), fase tersebut antara lain fase antisipasi, fase sensasi, dan fase akibat/*aftermath*.

a. Fase Antisipasi

Fase antisipasi terjadi sebelum nyeri diterima. Fase ini mungkin bukan merupakan fase yang paling penting karena fase ini bisa memengaruhi dua fase lain. Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dalam fase ini

sangat penting, terutama dalam memberikan informasi yang adekuat kepada pasien.

b. Fase Sensasi

Fase sensasi terjadi pada saat nyeri terasa. Fase ini terjadi ketika pasien merasakan nyeri, karena nyeri itu bersifat subyektif maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga berbeda antara satu orang dengan orang lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil. Sebaliknya, orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah akan mudah merasa nyeri dengan stimulus nyeri kecil. Pasien dengan toleransi nyeri tinggi terhadap nyeri mampu menahan nyeri tanpa bantuan. Sebaliknya, orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah sudah mencari upaya mencegah nyeri, sebelum nyeri datang.

c. Fase Akibat/*Aftermath*

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis sehingga dimungkinkan pasien mengalami gejala sisa pascanyeri. Apabila pasien mengalami episode nyeri berulang, respons akibat (*aftermath*) dapat menjadi masalah kesehatan yang berat. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang.

2.2.5 Penilaian Klinis Nyeri

Penatalaksanaan nyeri memerlukan penilaian dan usaha yang cermat untuk memahami pengalaman nyeri pasien dan mengidentifikasi kausa sehingga kausa tersebut dapat dihilangkan. Pengkajian yang terbaik dari nyeri adalah hasil evaluasi dari pasien (Long, 1996: 230). Menurut Price&Wilson (2005: 1080-1081) data-data yang dikumpulkan untuk mengkaji adanya nyeri adalah lokasi nyeri, cara awitan, pola nyeri, faktor-faktor yang memperparah dan mengurangi nyeri, kualitas nyeri, intensitas nyeri, gejala yang berkaitan dengan nyeri, perilaku verbal dan nonverbal, dan palpasi daerah yang nyeri.

1. Lokasi Nyeri

Pasien dapat menunjukkan langsung pada bagian tubuh nyeri atau menandakannya di gambar tubuh manusia. Perlu diketahui apakah nyeri bersifat superficial atau dalam. Nyeri dari superficial biasanya tidak menimbulkan masalah karena penyebab dan akibat sudah jelas. Namun, lokasi yang tepat menjadi sangat penting pada nyeri dalam yang beralih kesuatu dermaton saat terdapat keterlibatan struktur somatik dalam atau viseral.

2. Cara Awitan

Merupakan faktor penting dalam menilai nyeri. Nyeri yang memiliki awitan mendadak dan hampir langsung mencapai puncak intensitas menunjukkan ruptur jaringan. Nyeri miokardium atau nyeri ulkus peptikum dapat timbul dengan cara ini.

3. Pola Nyeri

Pola nyeri atau waktu dan frekuensi kejadian dan durasi, memberikan informasi penting. Tidak semua nyeri bersifat konstan. Nyeri intermitten yang terjadi beberapa kali sehari juga dapat sangat mengganggu. Serangan dapat berlangsung beberapa detik, jam, atau hari, dan dapat normal (misalnya migren).

4. Faktor yang memperparah dan mengurangi nyeri

Faktor yang memperparah dan mengurangi nyeri lebih penting dari pada kualitas nyeri dalam memberikan data mengenai mekanisme nyeri. Nyeri yang berkaitan dengan bernafas, menelan, menelan menyebabkan perhatian terfokus masing-masing pada sistem pernafasan, esofagus, dan bagian bawah.

5. Kualitas Nyeri

Kualitas nyeri dapat dinilai secara sederhana meminta pasien menjelaskan nyeri dengan kata-kata mereka sendiri (misalnya tumpul, berdenyut, seperti terbakar).

6. Intensitas Nyeri

Dipakai untuk menilai tingkat keparahan dari nyeri. Intensitas nyeri dapat diketahui dengan menggunakan alat ukur nyeri. Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap

nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2006 : 25).

7. Gejala yang berkaitan dengan nyeri

Respon autonom seperti mual dan muntah sering terjadi pada nyeri akut yang parah. Pemeriksaan harus menyediakan kesempatan yang luas untuk membahas apa arti nyeri bagi pasien dengan menanyakan tentang dampak nyeri pada gaya hidup. Akhirnya perlu dilakukan pendokumentasian tentang metode terapi untuk nyeri yang pernah digunakan oleh pasien dan efektifitasnya.

8. Perilaku nonverbal dan verbal

Perilaku nonverbal seperti wajah meringis, menangis, ayunan langkah atau langkah yang abnormal, ketegangan otot, dan tindakan melindungi bagian yang nyeir merupakan indikator nyeri yang sering dijumpai. Sinyal verbal dan emosi yang menandakan nyeri mencakup menangis, mengerang, iritabilitas, ekspresi kemarahan atau kesedihan dan perubahan nada suara atau kelancaran bicara. Perilaku-perilaku diatas dipengaruhi oleh jenis kelamin dan perbedaan budaya. Nyeri akut sering mengaktifkan respon simpatis yang menyebabkan meningkatnya kecepatan denyut jantung dan pernafasan dan tekanan darah, kepacatan, flusing, berkeringat, dan dilatasi pupil.

9. Palpasi daerah yang nyeri

Akhir dari pemeriksaan harus dilakukan palpasi pada daerah yang nyeri untuk menentukan apakah ada defans muskulorum, mengidentifikasi pemicu titik nyeri dan daerah yang sensasinya menurun atau meningkat.

Menurut Long (1996: 230), salah satu cara untuk mendapatkan data tentang nyeri adalah menggunakan singkatan :

P : *Provoking* (pemicu) faktor yang mempergawat atau meringankan nyeri.

Q : *Quality* (kualitas) tumpul, tajam, merobek.

R : *Region* (daerah) penjalaran kedaerah lain.

S : *Saverity* (keganasan) atau intensitas.

T : *Timer* (waktu) serangan, lamanya, kekerapan, sebab.

Menurut Smeltzer & Bare (2001: 217), terdapat alat - alat pengkajian nyeri dapat digunakan untuk mengkaji persepsi nyeri seseorang. Agar alat-alat pengkajian nyeri dapat bermanfaat alat tersebut harus memenuhi kriteria berikut :

- a. Mudah dimengerti dan digunakan
- b. Memerlukan sedikit upaya pada pihak pasien
- c. Mudah dinilai
- d. Sensitif terhadap perubahan kecil dalam intensitas nyeri

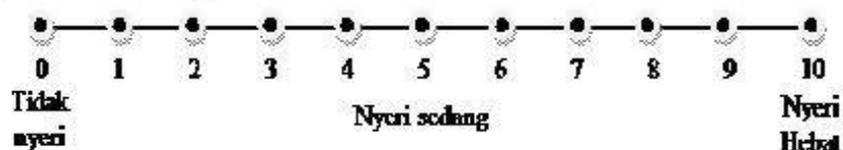
2.2.6 Intensitas Nyeri

Pada dasarnya intensitas nyeri dapat di ukur menggunakan skala nyeri.

Adapun skala nyeri antara lain: (Smeltzer & Bare, 2001).

- a. Skala nyeri Numerik 0-10

2) Skala identitas nyeri numerik



Gambar 2.1 Skala Nyeri Numerik (Potter & Perry, 2005:1518)

- b. Skala Numerik diterjemahkan lewat kata dan skala perilaku:

Tabel 2.1 Skala Numerik

Intensitas Nyeri	Skala Nyeri	Perilaku Verbal
0	Tidak nyeri	Tenang, perasaan tenang
1-2	Sedikit nyeri	Stress, perasaan tegang
3-4	Nyeri ringan	Gerakan sehari-hari, menyeringai
5-6	Nyeri sedang	Merintih, gelisah
7-8	Sangat nyeri	Menangis
9-10	Sakit luar biasa	Kenaikan intensitas lebih dari biasa

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10 (Potter & Perry, 2005 : 1519-1520).

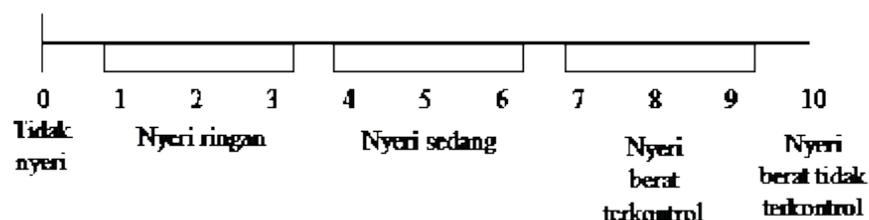
- c. *Wong Baker Scala Rating* Wajah Nyeri



Gambar 2.2 *Wong Baker Scala Rating* Wajah Nyeri (Potter & Perry, 2005: 1520)

Khusus digunakan pada pasien yang tidak bisa membaca atau pasien anak. Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (“tidak merasa nyeri) kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (“nyeri yang sangat”) (Potter & Perry, 2005: 1520).

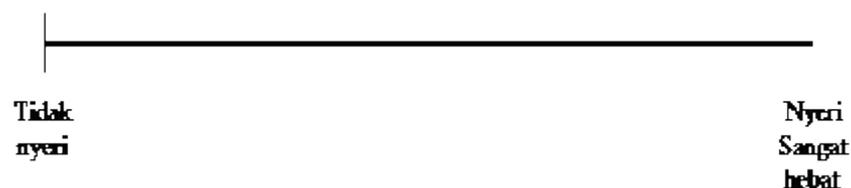
d. Skala Deskriptif



Gambar 2.3 Skala Deskriptif (Potter & Perry, 2005: 1518)

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. 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. Pendeskripsian ini dirangking dari “tidak terasa nyeri sampai “nyeri yang tidak tertahankan” (Potter & Perry, 2005: 1519).

e. Skala Analog Visual



Gambar 2.4 Skala Analog Visual (Smeltzer & Bare, 2001: 218)

Skala analog visual (*Visual Analog Scale*, VAS) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan

biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer & Bare, 2001: 218).

f. Skala *Oucher*



Gambar 2.5 Skala *Oucher* (Potter & Perry, 2005: 1520)

Untuk mengukur skala nyeri pada anak-anak, dikembangkan alat yang dinamakan *Oucher*. Beyer dkk (1992) dalam Perry & Potter (2005: 1520) telah mengembangkan *Oucher*, yang terdiri dari dua skala yang terpisah: sebuah skala dengan nilai 0-100 pada sisi sebelah kiri untuk anak-anak yang lebih besar dan skala fotografik enam-gambar pada sisi kanan untuk anak-anak yang lebih kecil. Foto wajah seorang anak (dengan peningkatan rasa nyaman) dirancang sebagai petunjuk untuk memberi anak-anak pengertian sehingga dapat memahami makna dan tingkat keparahan nyeri. Seorang anak biasanya menunjuk ke sejumlah pilihan gambar yang mendeskripsikan nyeri. Cara ini membuat usaha mendeskripsikan nyeri menjadi lebih sederhana.

g. Skala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) Behavioral Pain Assessment Scale

Digunakan pada anak usia 4 tahun atau dibawahnya, pada pasien usia lanjut, gangguan kognitif, pada pasien yang tidak bisa berbicara dimana tidak bisa menggunakan jenis skala nyeri yang lain. Lakukan pengkajian pada masing-masing kategori dan jumlahkan skor pada lima kategori untuk mendapatkan skor keseluruhan (Kartikawati, 2014: 88-89).

Tabel 2.2 Skala Perilaku FLACC Behavioral Pain Assessment Scale

Kategori	SKOR		
	0	1	2
<i>Face</i> (Wajah)	Tidak ada ekspresi tertentu atau senyum	Sesekali wajah meringis, mengerutkan dahi	Sering sampai konstan mengerutkan dahi, rahang terkatup, dagu gemeteran
<i>Legs</i> (Kaki)	Posisi normal atau santai.	Cemas, gelisah, tegang	Menendang, kaku, atau menyentak
<i>Activity</i> (Aktivitas)	Berbaring tenang, posisi normal, bergerak dengan mudah	Menggeliat, mondar mandir, tegang	Melengkung, kaku, atau menyentak
<i>Cry</i> (Menangis)	Tidak menangis (saat tidur ataupun bangun)	Mengeluh, mengerang atau merintih,	Menangis terus, teriak atau isak tangis, sering mengeluh
<i>Consolability</i> (Kemampuan dihibur)	Puas/senang, santai	Sering menghibur dengan pelukan, sentuhan, mengajak berbicara, mengalihkan perhatian	Sulit untuk dihibur atau ditenangkan

Nilai: 0 = Tidak nyeri, 1-3 = nyeri ringan, 4-6 = nyeri sedang, 7-10 = nyeri berat sekali

2.2.7 Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri merupakan suatu tindakan mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat

dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu diantaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapi, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (Andarmoyo, 2013: 83).

1. Terapi Farmakologis menurut Andarmoyo (2013: 96) mempunyai beberapa tipe yaitu :

a. Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

Mempunyai karakteristik mengatasi nyeri sedang, mempengaruhi reseptor nyeri perifer, dampak pada sistem pencernaan.

b. Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pascaoperasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi.

c. Obat tambahan (*Adjuvan*)

Meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. Obat-obat ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusan, dan kewaspadaan mental.

2. Terapi Non-Farmakologis mempunyai beberapa tipe antara lain :

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri pasien (Andarmoyo, 2013: 84).

a. Bimbingan Antisipasi

Bimbingan antisipasi adalah memberikan pemahaman kepada pasien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat ini bertujuan untuk memberikan informasi kepada pasien, dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri. Informasi yang diberikan kepada pasien antara lain :

- 1) Kejadian, awitan, dan durasi nyeri yang akan dialami
- 2) Kualitas, keparahan, dan lokasi nyeri
- 3) Informasi tentang cara keamanan pasien telah dipastikan
- 4) Penyebab nyeri
- 5) Metode mengatasi nyeri yang digunakan oleh perawat dan pasien
- 6) Harapan pasien selama menjalani prosedur (Potter & Perry, 2005: 1531)

b. Terapi Es dan Panas / Kompres Panas dan Dingin.

Kompres dingin dan panas dapat menghilangkan nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan. Pilihan terapi panas dengan terapi dingin bervariasi menurut kondisi pasien. Misalnya, panas lembab menghilangkan kekakuan pada pagi hari akibat artritis, tetapi kompres dingin mengurangi nyeri akut dan sendi yang mengalami peradangan akibat penyakit tersebut. Apabila perawat menggunakan kompres panas atau dingin dalam bentuk apapun, perawat menginstruksikan pasien untuk menghindari cedera pada kulit dengan memeriksa suhu dan menghindari kulit menyentuh langsung pada permukaan yang dingin atau panas. Individu

yang terutama memiliki resiko adalah pasien yang mengalami cedera medulla spinalis atau cedera neurologi lain, lansia, dan pasien yang bingung.

Massase dengan menggunakan es dan kompres menggunakan kantung es merupakan dua jenis terapi dingin yang sangat efektif untuk mengurangi nyeri. Massase menggunakan es dilakukan dengan menggunakan sebuah balok es yang besar atau sebuah cangkir kertas berukuran kecil, yang diisi dengan air dan dibekukan (air keluar dari cangkir saat membeku untuk menciptakan permukaan es yang lembut untuk massase). Massase adalah hal yang sederhana, perawat atau pasien dapat meletakkan es dikulit dengan memberi tekanan yang kuat, diikuti dengan massase yang melingkar, lengkap dan perlahan diatas kulit. Kompres dingin dapat dilakukan di dekat lokasi nyeri, di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, atau di lokasi yang terletak antara otak dan lokasi nyeri. Hal ini memakan waktu 5-10 menit mengompres dingin. Setiap pasien yang berespons berbeda di lokasi pengompresan adalah yang paling efektif. Pengompresan di dekat lokasi aktual nyeri cenderung memberi hasil yang terbaik. Seseorang merasakan sensasi dingin, terbakar, dan sakit serta baal. Apabila pasien merasa baal, maka es harus diangkat. Pengompresan dingin sangat efektif untuk menangani nyeri di gigi dan di mulut yakni dengan menempatkan es di bidang tangan antara ibu jari dan jari telunjuk. Titik di tangan ini merupakan titik akupunktur yang mempengaruhi jalur saraf ke wajah dan kepala. Pengompresan dingin juga efektif sebelum invasi tusukan jarum di kulit (Potter & Perry, 2005: 1533-1534).

c. Stimulasi Saraf Elektrik Transkutan / TENS

TENS merupakan suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri.

TENS di duga dapat menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) pada area yang sama seperti pada serabut yang mentransmisikan nyeri. Reseptor tidak nyeri diduga memblok transmisi sinyal ke otak pada jaras ascenden sistem saraf pusat. Mekanisme ini akan menguraikan keefektifan stimulasi kuran/kulit saat digunakan pada area yang sama seperti pada cedera (Andarmoyo, 2013: 86).

d. Distraksi

Distraksi merupakan memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal diluar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Smeltzer & Bare, 2001: 233).

e. Relaksasi

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama (Smeltzer & Bare, 2001:233-234).

f. Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing merupakan menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer & Bare, 2001: 234), tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup.

g. Hipnosis

Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan kesehatan holistik, hipnosis menggunakan sugesti-diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respon tertentu bagi mereka. Hipnosis-diri sama dengan melamun. Konsentrasi yang intensif mengurangi ketakutan dan stres karena individu berkonsentrasi hanya pada satu pikiran (Potter & Perry, 2005: 1532).

h. Akupunktur

Akupunktur merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan proses memasukkan jarum-jarum tajam pada titik-titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik. Karakteristik pelayanan kesehatan oriental ini telah dikembangkan sejak periode 8000 dan 3000 SM (Andarmoyo, 2013: 92).

i. Massage

Massage merupakan melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau

perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan/atau memperbaiki sirkulasi (Smeltzer & Bare, 2001: 232).

2.3 Konsep Kompres Dingin

Menurut Potter & Perry (2005: 1533) stimulasi kutaneus untuk mengurangi nyeri dibagi menjadi: massage, mandi air hangat, kompres dingin atau menggunakan kantong es, dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS). Dalam sub bab ini akan dibahas stimulasi kutaneus jenis kompres dingin.

2.3.1 Pengertian Kompres Dingin

Kompres merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memerlukan (Asmadi, 2008: 159). Pemberian kompres dingin merupakan memberikan kompres air dingin dengan menggunakan suhu 2°C di atas suhu ruangan pada telinga yang mengalami nyeri dengan atau pemberian 5-10 menit masing-masing intervensi (Kartika, 2003).

Pemberian kompres dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Agar efektif kompres dingin dapat diletakkan pada tempat cedera segera setelah cedera terjadi (Smeltzer & Bare, 2001: 232). Kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh, mencegah terjadinya peradangan meluas, mengurangi kongesti, mengurangi perdarahan setempat, mengurangi rasa sakit kepala suatu daerah setempat (Asmadi, 2008: 159).

Menurut Potter & Perry (2005: 1533) Pemberian massase dingin menggunakan es dan kompres menggunakan kantung es merupakan dua jenis terapi dingin yang efektif untuk menghilangkan nyeri.

2.3.2 Tujuan Kompres Dingin

Menurut Asmadi (2008: 159), tujuan kompres dingin, sebagai berikut :

- a. Menurunkan suhu tubuh
- b. Mencegah peradangan meluas
- c. Mengurangi kongesti
- d. Mengurangi perdarahan setempat
- e. Mengurangi rasa sakit pada suatu daerah setempat

2.3.3 Indikasi Kompres Dingin

- a. Pasien dngan suhu tubuh yang tinggi
- b. Pasien dengan batuk atau muntah darah
- c. Pasca tonsilektomi
- d. Radang, memar (Asmadi, 2008: 159).

2.3.4 Kontraindikasi Kompres Dingin

- a. Luka terbuka. Dingin dapat meningkatkan kerusakan jaringan karena mengurangi aliran darah ke luka terbuka.
- b. Gangguan sirkulasi dingin dapat mengganggu nutrisi jaringan lebih lanjut.
- c. Alergi atau hipersensitivitas terhadap dingin. Beberapa pasien memiliki alergi terhadap dingin yang dimanifestasikan dengan respon inflamasi (Putri, 2016; <http://dianhusadaindyputri.blogspot.com/p/kompres-panas-dingin.html>).

2.3.5 Cara Pemberian Kompres Dingin

Menurut Asmadi (2008: 162-164) terdapat 3 cara pemberian kompres dingin antara lain :

1. Kompres dingin basah dengan larutan obat anti septic

persiapan alat :

- a) Mangkok bertutup steril
- b) Bak steril berisi pinset steril anatomi 2 buah, beberapa potong kain kasa sesuai kebutuhan
- c) Cairan antiseptik yang dapat digunakan berupa PK 1:4000, reanol 1:1000 sampai 1:3000 dan seterusnya sesuai kebutuhan, larutan Betadine
- d) Pembalut bila perlu
- e) Perlak dan pengalas
- f) Sampiran bila perlu

2. Kompres dingin basah dengan air biasa/air es

persiapan alat :

- a) Kom kecil berisi air biasa/air es
- b) Perlak dan pengalas
- c) Beberapa buah waslap atau kain kasa dengan ukuran tertentu
- d) Sampiran bila perlu
- e) Busur selimut bila perlu

3. Kompres dingin kering dengan kirbat es (eskap)

Persiapan alat :

- a) Kirbat es/eskap dengan sarungnya

- b) Kom berisi berisi potongan-potongan kecil es dan satu sendok teh garam agar es tidak cepat mencair
- c) Air dalam kom
- d) Lap kerja
- e) Perlak dan pengalas

Cara Kerja

1. Kompres dingin basah dengan larutan obat anti septic
 - a. Dekatkan alat ke dekat pasien
 - b. Pasang sampiran
 - c. Cuci tangan
 - d. Pasang perlak dan alas pada area yang akan di kompres
 - e. Mengocok obat atau larutan bila terdapat endapan
 - f. Tuangkan cairan kedalam mangkok steril
 - g. Masukkan beberapa potong kasa kedalam mangkok tersebut
 - h. Peras kain kasa trsbt dg menggunkan pingset
 - i. Bentangkan kain kasa dan letakkan kasa di atas area yang dikompres dan di balut
 - j. Rapikan posisi pasien
 - k. Bereskan alat-alat setelah selesai tindakan
 - l. Cuci tangan
 - m. Dokumentasikan
2. Kompres dingin basah dengan air biasa/air es
 - a. Dekatkan alat-alat ke pasien
 - b. Pasang sampiran bila perlu

- c. Cuci tangan
 - d. Pasang pengalas pada area yang akan dikompres
 - e. Masukkan waslap atau kain kasa kedalam air biasa atau air es lalu diperas sampai lembap
 - f. Letakkan waslap atau kain kasa tersebut pada area yang akan dikompres
 - g. Ganti waslap/kain kasa tiap kali dengan waslap/kain kasa yang sudah terendam dalam air biasa atau air es. Diulang-ulang sampai suhu tubuh turun.
 - h. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat bila prasad ini sudah selesai
 - i. Cuci tangan
 - j. Dokumentasikan
3. Kompres dingin basah dengan air biasa/air es
- a. Bawa alat-alat ke dekat pasien
 - b. Cuci tangan
 - c. Masukkan potongan es ke dalam kom air supaya tepi es tidak tajam.
 - d. Isi kirbat es dengan potongan es sebanyak $\pm \frac{1}{2}$ bagian dari kirbat es tersebut
 - e. Keluarkan udara dari eskap dengan melipat bagian yang kosong, lalu di tutup rapat
 - f. Periksa eskap, adakah bocor atau tidak
 - g. Keringkan eskap dengan lap, lalu masukkan kedalam sarungnya

- h. Buka area yang akan dikompres dan atur posisi yang nyaman pada pasien
- i. Pasang perlak dan pengalas pada bagian tubuh yang akan di kompres
- j. Letakkan eskap pada bagian yang memerlukan kompres
- k. Kaji keadaan kulit setiap 5-10 menit terhadap nyeri, mati rasa, dan suhu tubuh
- l. Angkat eskap bila sudah selesai
- m. Atur posisi pasien kembali pada posisi yang nyaman
- n. Bereskan alat-alat setelah selesai perasat ini
- o. Cuci tangan
- p. Dokumentasi

2.4 Hubungan Pemberian Kompres Dingin dengan Tingkat Nyeri pada Pasien Otitis Media Akut (OMA)

Otitis media akut lebih banyak menyerang pada anak-anak dimulai oleh infeksi saluran pernafasan atas (ISPA) atau alergi (misalnya radang tenggorokan atau pilek), sehingga terjadi edema pada mukosa saluran pernafasan atas, termasuk nasofaring dan tuba eustachius. Tuba eustachius menjadi sempit, sehingga terjadi sumbatan negatif pada telinga tengah atau obstruksi tuba eustachius. Jika terjadi obstruksi tuba, akan mengaktivasi proses inflamasi tuba dan terjadi efusi cairan kedalam telinga tengah. Ini merupakan faktor pencetus terjadinya Otitis Media Akut dan otitis media dengan efusi. Bila Tuba Eustachius tersumbat, drainase telinga tengah terganggu, mengalami infeksi serta akumulasi sekret di telinga tengah. Jika

sekret dan pus bertambah banyak dari proses inflamasi lokal, pendengaran dapat terganggu karena membran timpani dan tulang-tulang pendengaran tidak dapat bergerak bebas terhadap getaran. Selain itu telinga juga akan terasa nyeri (Rudolf, 2011)

Nyeri telinga (otalgia) merupakan masalah yang sering dijumpai pada pasien yang mengalami otitis media akut dan merupakan salah satu tanda gejala dari otitis media akut. Bila nyeri tidak ditangani dengan benar akan mengakibatkan timbul berbagai komplikasi yang dapat terjadi misalnya saja terjadinya gangguan pada penderita itu sendiri. Berbagai upaya dapat dilakukan untuk penurunan tingkat nyeri dan salah satunya adalah pemberian kompres dingin. Penatalaksanaan pada penurunan tingkat nyeri yang dapat dilakukan meliputi penatalaksanaan non farmakologis dan farmakologis. Kompres dingin merupakan salah satu bentuk non farmakologis dan tindakan ini merupakan tindakan mandiri perawat yang perlu dipertimbangkan terutama pada pasien yang mengalami otitis media akut (Rudolf, 2011).

Sesuai dengan teori Potter&Perry (2006) yang menyatakan bahwa kompres dingin dapat menghilangkan nyeri. teori ini menyatakan cara kerja dari kompres dingin adalah dengan pelepasan endorphen, sehingga memblok transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta-A berdiameter kecil, sehingga gerbang sinap menutup transmisi impuls nyeri.

Teori Gate Control dari Melzack & Wall (1965), mengatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-

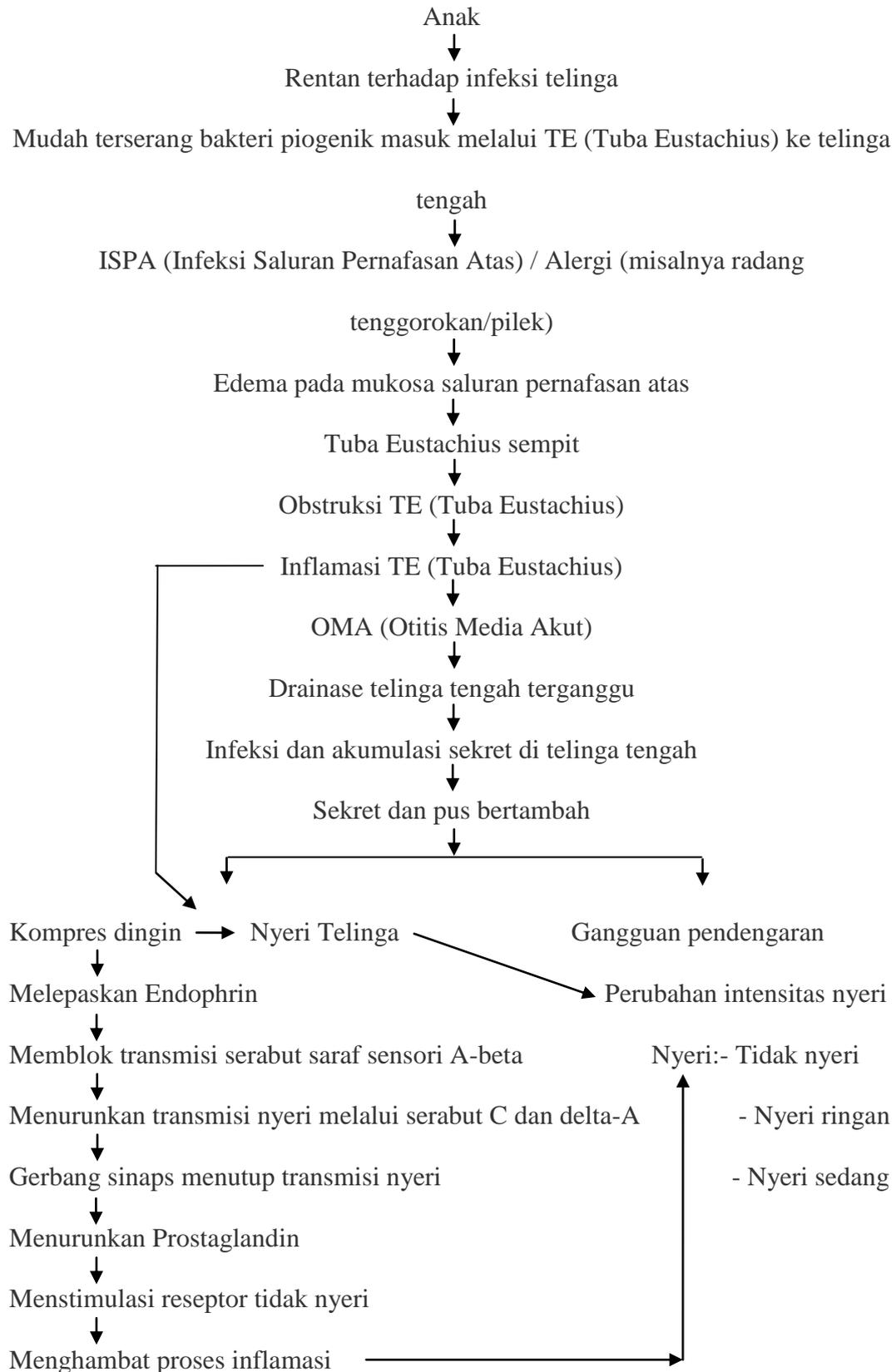
sel gelatinosa substansi dalam kornu pada medulla spinalis (Clancy & Mc. Vicar, 1992 cit Kustiningsih, 2007) sel-sel inhibitor dalam kornu dorsalis medulla spinalis menghasilkan endorfin yang akan menghambat transmisi nyeri yang efektifitasnya bisa dipengaruhi oleh stimulasi kutaneus (Smeltzer&Bare, 2002).

Endorfin merupakan substansi seperti morfin yang diproduksi oleh tubuh (termasuk zat kimiawi endogen) dan mempunyai konsentrasi kuat dalam sistem saraf. endorfin ini berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri dengan memblok transmisi impuls otak dan medulla spinalis (Smeltzer & Bare, 2002).

Berman, et al. (2009) juga menyatakan bahwa kompres dingin digunakan untuk meredakan nyeri dengan memperlambat kecepatan konduksi saraf, menyebabkan mati rasa dan bekerja sebagai counterirritant. pemberian tindakan aplikasi panas dan dingin menurunkan nyeri dan meningkatkan penyembuhan (Crisp & Taylor, 2005 cit Sulistiyani, 2009). Aplikasi dingin berkaitan dengan melambatnya kemampuan jaras-jaras nyeri dalam menyalurkan rangsang nyeri (Ball & Blinder, 2003 cit Sulistiyani, 2009).

Kompres dingin/es juga dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat nyeri dengan menghambat proses inflamasi sehingga menyebabkan perubahan intensitas nyeri (menjadi tidak nyeri, nyeri ringan, dan nyeri sedang) (Rudolf, 2011).

2.5 Clinical Pathway



Gambar 2.6 Clinical Pathway