



MODUL MATA KULIAH MANAJEMEN NYERI



Materi Asement Pada Kasus Nyeri



Disusun Oleh
Dr. Widaningsih, S.Kp., M.Kep



UNIVERSITAS ESA UNGGUL
Tahun 2017



ASESSMENT PADA KASUS NYERI

A. Pendahuluan

Masalah kesehatan yang paling umum yang dialami oleh individu adalah nyeri. Nyeri adalah alasan yang paling sering dalam mencari bantuan pelayanan kesehatan (Smeltzer & Bare, 2008). Di rumah sakit, nyeri juga merupakan masalah yang umum dialami oleh pasien, misalnya pasien bedah atau pasien kanker (Borglin, *et al.*, 2011; Watmough & Flynn, 2011).

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP), nyeri merupakan pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial, atau digambarkan seperti kerusakan itu sendiri (Bader, 2012). Nyeri adalah konsekuensi yang dapat diperkirakan dari adanya trauma maupun tindakan pembedahan (Polomano, *et al.*, 2008).

Nyeri disepakati oleh *American Pain Society* sebagai tanda vital kelima atau “*the fifth vital sign*”. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan kesadaran penanganan nyeri di antara petugas kesehatan profesional (Smeltzer & Bare, 2008; Berman, *et al.*, 2008). Dengan penanganan sesuai kebutuhan terhadap nyeri yang ditunjukkan oleh klien, klien akan merasa nyaman dan dapat mempercepat penyembuhan (Rosdahl & Kowalsky, 2008). Dokumentasi pengkajian nyeri pun seperti dokumentasi pengkajian keempat tanda vital yang lain (Smeltzer & Bare, 2008).

Respon seseorang terhadap nyeri berbeda-beda sesuai usianya. Berdasarkan hal tersebut, pengetahuan perawat tentang penilaian nyeri dan intervensi sangat penting untuk manajemen nyeri yang efektif dan berkualitas dalam perawatan pasien (Patricia 2010). Pada pengkajian nyeri anak berbeda dengan pengkajian nyeri pada orang dewasa, begitu pula sebaliknya. Pengkajian nyeri pada dasarnya dikelompokkan sesuai usia dan kondisi pasien yaitu pada neonatus, bayi – anak 3 tahun, anak usia 3 – tahun, anak usia > 8 tahun dan dewasa, pasien geriatri, pasien dengan perawatan intensif, dan pasien yang terpasang ventilator.

B. Kompetensi Dasar

Kemampuan melakukan pengkajian (assessment) pada kasus nyeri dengan kelompok usia dan kondisi yang berbeda yaitu pada neonatus, bayi – anak 3 tahun,

anak usia 3 – tahun, anak usia > 8 tahun dan dewasa, pasien geriatri, pasien dengan perawatan intensif, dan pasien yang terpasang ventilator.

C. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu memahami dan melakukan pengkajian (assessment) pada kasus nyeri dengan kelompok usia dan kondisi yang berbeda yaitu pada neonatus, bayi – anak 3 tahun, anak usia 3 – tahun, anak usia > 8 tahun dan dewasa, pasien geriatri, pasien dengan perawatan intensif, dan pasien yang terpasang ventilator.

D. Kegiatan Belajar 1

1. Definisi Nyeri

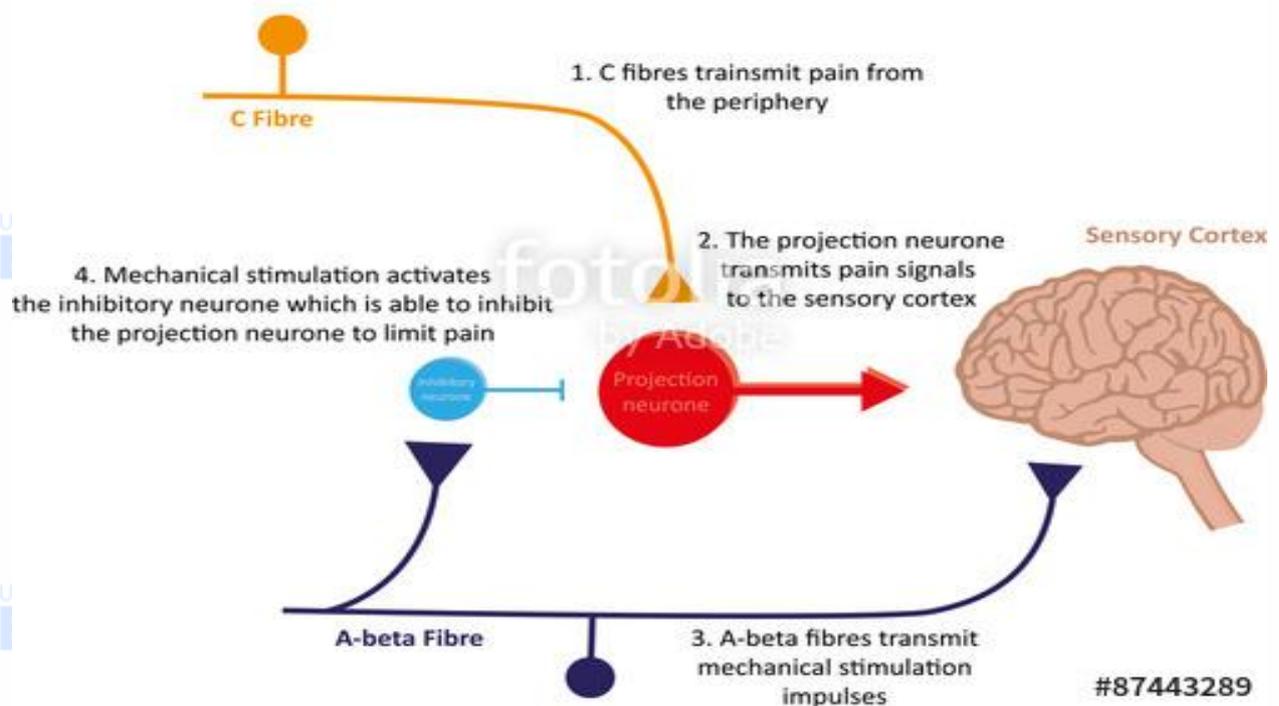
Nyeri (Pain) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat, 2008). Internasional Association for Study of Pain (IASP), mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry, 2005). Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Judha, 2012).

2. Teori Gate Control

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun teori Gate control theory dianggap paling relevan (Tamsuri, 2007). Teori gate control dari Melzack dan Wall (1965) menjelaskan bahwa impuls nyeri diatur oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentranmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih

tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mechanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi, musik, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter dan Perry, 2005).

Gate Control Theory of Pain



3. Kriteria Nyeri

a. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

1) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan

sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2010).

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (McCaffery, 1986 dalam Potter & Perry, 2005).

b. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

1) Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious (Andarmoyo, 2013). Nyeri nosiseptor ini dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain (Andarmoyo, 2013).

2) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit diobati (Andarmoyo, 2013).

c. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

1) Supervisial atau kutaneus

Nyeri supervisial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulistyono, 2013). Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

2) Viseral Dalam

Nyeri viseral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulistyono, 2013). Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar ke beberapa arah. Nyeri ini menimbulkan rasa tidak menyenangkan dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Contohnya sensasi pukul (crushing) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

3) Nyeri Alih (Referred pain)

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karna banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan Universitas Sumatera Utara dapat terasa dengan berbagai karakteristik (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Contohnya nyeri yang terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

4) Nyeri Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Karakteristik nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang ke bagian tubuh. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskusi intervertebralis yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

4. Pengkajian (Assessment) Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2013).

Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007 dalam Andarmoyo, 2013).

a. Pengkajian Awal Nyeri

P = Paliatif atau penyebab nyeri

Q = Quality/kualitas nyeri

R = Regio (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri

S = Subjektif deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyerinya

T = Temporal atau periode/waktu yang berkaitan dengan nyeri

b. Pengkajian Skala Nyeri

1) Neonatus

a) Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

NIPS digunakan untuk menilai skala nyeri pada bayi prematur dan neonatus cukup bulan. NIPS menilai indikator nyeri melalui ekspresi wajah, tangisan pola nafas, pergerakan lengan dan kaki serta status istirahat/tidur. Perhitungan skala nyeri NIPS dikategorikan menjadi nyeri dan tidak nyeri dengan total skor 7. Hasil penilaian dikatakan tidak nyeri jika total skor ≤ 3 dan dikategorikan nyeri bila total skor > 3 (Malarvizhi et al, 2012).

	Assessment nyeri
Ekspresi wajah 0- Otot relaks 1- Meringis	Wajah tenang, ekspresi netral Otot wajah tegang, alis berkerut (ekspresi wajah negatif)
Tangisan 0- Tidak menangis 1- Merengek 2- Menangis keras	Tenang, tidak menangis Mengerang lemah intermiten Menangis kencang, melengking terus menerus (catatan: menangis tanpa suara diberi skor bila bayi diintubasi)
Pola napas 0- Relaks 1- Perubahan napas	Bernapas biasa Tarikan ireguler, lebih cepat dibanding biasa, menahan napas, tersedak
Tungkai 0- Relaks 1- Fleksi/ ekstensi	Tidak ada kekakuan otot, gerakan tungkai biasa Tegang kaku
Tingkat kesadaran 0- Tidur/ bangun 1- Gelisah	Tenang tidur lelap atau bangun Sadar atau gelisah

Interpretasi:

- Skor 0 tidak perlu intervensi
- Skor 1-3 intervensi non-farmakologis
- Skor 4-5 terapi analgetik non-opioid
- Skor 6-7 terapi opioid

2) Bayi – Anak 3 tahun

a) FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

Pada anak usia < 3 tahun atau anak dengan gangguan kognitif atau untuk pasien anak yang tidak dapat dinilai dengan skala lain, digunakan FLACC *Behavioral Tool*. FLACC singkatan dari Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability.

KRITERIA	SKOR		
	0	1	2
Face (wajah)	tidak ada ekspresi tertentu atau senyum	sesekali meringis atau mengerutkan kening, menarik diri, tidak tertarik	sering sampai konstan mengerutkan kening, rahang terkatup, dagu gemeteran
Legs (kaki)	posisi normal atau santai	cemas, gelisah, tegang	menendang atau menarik kaki
Activity (aktivitas)	berbaring tenang, posisi normal, bergerak dengan mudah	menggeliat, mondar-mandir, tegang	melengkung, kaku, atau menyentak
Cry (tangis)	tidak ada teriakan (terjaga atau tertidur)	mengerang atau merintih, sesekali mengeluh	menangis terus, teriak atau isak tangis, sering mengeluh
Consolability	puas/senang, santai	sesekali diyakinkan dengan sentuhan, pelukan atau diajak berbicara, dialihkan	sulit untuk dihibur atau dibuat nyaman

Interpretasi: Skor total dari lima parameter di atas menentukan tingkat keparahan nyeri dengan skala 0-10. Nilai 10 menunjukkan tingkat nyeri yang hebat.

3) Anak usia 3 - tahun

a) Wong Baker Faces Scale

Pada pasien anak usia 3 – 8 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas



Tidak Nyeri Sedikit Nyeri Agak Mengganggu Mengganggu Aktivitas Sangat Mengganggu Tidak Tertahankan

nyerinya dengan angka, digunakan Wong Baker FACES Pain Scale.

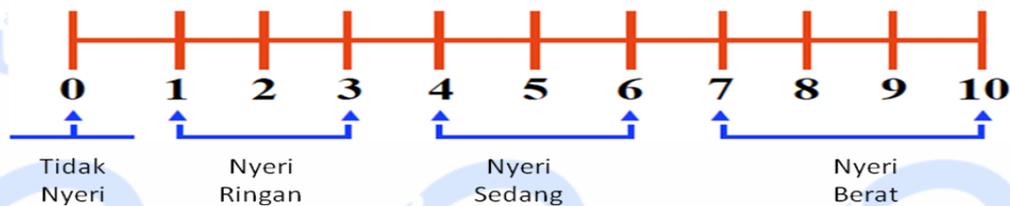
4) Anak usia > 8 tahun dan dewasa

a) Visual Analogue Scale (VAS)

Pada pasien anak >8 tahun dan dewasa digunakan VAS (Visual Analog Scale). Skala analog visual (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi.

Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala

hilangnya/ reda rasa nyeri. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



5) Pasien Geriatri

a) Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

Pengkajian awal nyeri pada geriatri tanpa dimensia dapat menggunakan instrumen Nonverbal Pain Indicators (CNPI).

Petunjuk : Amati pasien untuk perilaku berikut saat istirahat dan selama gerakan.

Checklist of Nonverbal Pain Indicators

(Write a 0 if the behavior was not observed, and a 1 if the behavior occurred even briefly during activity or rest.)		
	With Movement	Rest
1. Vocal complaints: Non-verbal (Expression of pain, not in words, moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs)		
2. Facial Grimaces/Winces (Furrowed brow, narrowed eyes, tightened lips, jaw drop, clenched teeth, distorted expressions).		
3. Bracing (Clutching or holding onto side rails, bed, tray table, or affected area during movement)		
4. Restlessness (Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still)		
5. Rubbing (Massaging affected area)		
(In addition, record Verbal complaints).		
6. Vocal complaints: Verbal (Words expressing discomfort or pain, "ouch," "that hurts"; cursing during movement, or exclamations of protest (e.g., stop; that's enough)		
Subtotal Scores		
Total Score		

Skor 0 jika perilaku tidak diperhatikan. Skor 1 jika perilaku tersebut terjadi secara singkat selama aktivitas berlangsung atau saat istirahat. Jumlah total indikator dijumlahkan untuk perilaku yang diamati saat istirahat, dengan gerakan, dan secara keseluruhan. Tidak ada nilai yang jelas untuk menunjukkan tingkat keparahan nyeri, sebagai gantinya kehadiran salah satu perilaku mungkin menunjukkan rasa sakit, menjamin penyelidikan lebih lanjut, perawatan, dan pemantauan oleh praktisi.

b) Asessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

Pengkajian nyeri pada geriatri dengan dimensia dapat menggunakan instrumen Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD).

Items*	0	1	2	Score
Breathing independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation.	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-Stokes respirations	
Negative vocalization	None	Occasional moan or groan. Low-level speech with a negative or disapproving quality.	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying.	
Facial expression	Smiling or inexpressive	Sad. Frightened. Frown.	Facial grimacing.	
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting.	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out.	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch.	Unable to console, distract or reassure.	
Total**				

Total skor berkisar antara 0-10 poin. Interpretasi yang mungkin dari skor adalah:
1-3 = nyeri ringan, 4-6 = nyeri sedang, 7-10 = nyeri berat.

6) Pasien dengan Perawatan Intensif

a) Comfort Scale

Pada pasien dengan perawatan intensif menggunakan Comfort Scale. Indikasi : untuk menilai derajat sedasi yang diberikan pada pasien anak dan dewasa yang dirawat di ruang intensif/ kamar operasi/ rawat inap yang tidak dapat dinilai menggunakan Visual Analog Scale atau Wong Baker Faces Pain Scale.

Pemberian sedasi bertujuan untuk mengurangi agitasi, menghilangkan kecemasan dan menyelaraskan napas dengan ventilator mekanik. Tujuan dari penggunaan skala ini adalah untuk pengenalan dini dari pemberian sedasi yang terlalu dalam ataupun tidak adekuat.

Instruksi: terdapat 9 kategori dengan setiap kategori memiliki skor 1-5 dengan skor total 9-45.

Interpretasi :

Nilai 8–16: sedasi dalam

Nilai 17–26: sedasi dan analgesia adekuat

Nilai 27–40: sedasi inadekuat

Tidak bisa digunakan pada pasien-pasien dibawah pengaruh obat-obat pelumpuh Otot (neuromuscular blocking agents).

Kategori	Skor
Kewaspadaan	1- Tidur pulas / nyenyak 2- Tidur kurang nyenyak 3- Gelisah 4- Sadar sepenuhnya dan waspada 5- Sangat waspada
Ketenangan	1- Tenang 2- Agak cemas 3- Cemas 4- Sangat cemas 5- Panik
Distres pemapasan	1- Tidak ada respirasi dan tidak ada batuk 2- Respirasi spontan dengan sedikit / tidak ada respons terhadap ventilasi 3- Kadang batuk atau terdapat tahanan terhadap ventilasi 4- Sering batuk, terdapat tahanan/ perlawanan terhadap ventilator 5- Melawan secara aktif terhadap ventilator, batuk terus menerus/ tersedak
Menangis	1- Bernapas tenang, tidak menangis 2- Tertak-tak 3- Meraung 4- Menangis 5- Berteriak
Gerakan	1- Tidak ada gerakan 2- Kadang bergerak perlahan 3- Sering bergerak perlahan 4- Gerakan aktif gelisah 5- Gerakan aktif termasuk badan dan kepala
Tonus otot	1- Otot relaks sepenuhnya, tidak ada tonus otot 2- Penurunan tonus 3- Tonus otot normal 4- Peningkatan tonus otot dan fleksi jari tangan dan kaki 5- Kekakuan otot ekstrem dan fleksi jari tangan dan kaki
Tegangan wajah	1- Otot wajah sepenuhnya 2- Tonus otot wajah normal, tidak terlihat tegangan otot wajah yang nyata 3- Tegangan beberapa otot wajah terlihat nyata 4- Tegangan hampir diseluruh otot wajah 5- Seluruh otot wajah tegang, meringis
Tekanan darah basal	1- Di bawah normal 2- Di atas normal konsisten 3- Peningkatan sesekali $\geq 15\%$ di atas batas normal (1-3x observasi selama 2 menit) 4- Sering meningkat $\geq 15\%$ di atas batas normal (1-3x observasi selama 2 menit) 5- Peningkatan terus-menerus $\geq 15\%$
Denyut jantung basal	1- Di bawah normal 2- Di atas normal konsisten 3- Peningkatan sesekali $\geq 15\%$ di atas batas normal (1-3x observasi selama 2 menit) 4- Sering meningkat $\geq 15\%$ di atas batas normal (1-3x observasi selama 2 menit) 5- Peningkatan terus-menerus $\geq 15\%$

7) Pasien Yang Terpasang Ventilator

a) Behavioral Pain Scale (BPS)

Komponen penilaian BPS terdiri dari tiga item, yaitu ekspresi wajah, pergerakan bibir atas dan komplans terhadap ventilator.

Skor dari masing- masing item tersebut antara skor 1-4, dengan nilai total dari BPS berada dalam rentang skor 3 (tidak nyeri) sampai skor 12 (sangat nyeri).

Kelebihan dari instrumen BPS adalah dapat digunakan pada pasien yang terintubasi dan tidak terintubasi pada pasien kritis di ICU.

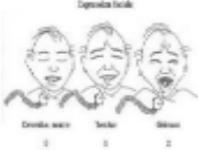
Behavioral Pain Scale (BPS) 3-12

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (eg, brow lowering)	2
	Fully tightened (eg, eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing but tolerating ventilation for most of the time	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

b) Critical-Care Pain Observasion Tool (CPOT)

Petunjuk penggunaan CPOT menurut Gelinas, dkk (2006).

- ❖ Amati pasien selama satu menit
- ❖ Kemudian pasien harus diamati selama mendapatkan tindakan pengobatan untuk mendeteksi perubahan yang terjadi
- ❖ Pasien harus diamati sebelum dan pada puncak tindakan pengobatan untuk menilai apakah pengobatan efektif atau tidak dalam menghilangkan nyeri
- ❖ Penilaian diambil nilai yang tertinggi dari nilai CPOT
- ❖ Amati nilai CPOT setelah dilakukan tindakan pengobatan.

Indikator	Kondisi	Skor	Keterangan
Ekspresi wajah 	Rilek	0	Tidak ada ketegangan otot.
	Kaku	1	Mengerutkan kening, mengangkat alis.
	Meringis	2	Menggigit selang ETT.
Gerakan tubuh	Tidak ada gerakan abnormal	0	Tidak bergerak (tidak kesakitan) atau posisi normal (tidak ada gerakan lokalisasi nyeri)
	Lokalisasi nyeri	1	Gerakan hati-hati, meyentuh lokasi nyeri, mencari perhatian melalui gerakan.
	Gelisah	2	Mencabut ETT, mencoba untuk duduk, tidak mengikuti perintah, mengamuk, mencoba keluar dari tempat tidur.
Aktivasi Alarm ventilator mekanik	Pasien kooperatif terhadap kerja ventilator mekanik	0	Alarm tidak berbunyi.
	Alarm Aktif tapi mati sendiri	1	Batuk, alarm berbunyi tetapi berhenti secara spontan.
	Alarm selalu aktif	2	Alarm sering berbunyi
Berbicara jika pasien diekstubasi.	Berbicara dalam nada normal atau tidak ada suara	0	Bicara dengan nada pelan.
	Mendesah, mengeran	1	Mendesah, mengerang.
	Menangis	2	Menangis, berteriak.
Ketegangan otot	Tidak ada ketegangan otot	0	Tidak ada ketegangan otot.
	Tegang, kaku	1	Gerakan otot pasif.
	Sangat tegang atau kaku	2	Gerakan sangat kuat.
TOTAL			

Keterangan :

Ekspresi wajah

- ❖ Skor 0 : Tidak ada ketegangan otot
- ❖ Skor 1 : Mengerutkan kening, mengangkat alis
- ❖ Skor 2 : Menggigit selang ETT

Gerakan tubuh

- ❖ Skor 0 : Tidak bergerak (tidak kesakitan) atau posisi normal (tidak ada gerakan lokalisasi nyeri)
- ❖ Skor 1 : Gerakan hati-hati, meyentuh lokasi nyeri, mencari perhatian melalui gerakan
- ❖ Skor 2 : Mencabut ETT, mencoba untuk duduk, tidak mengikuti perintah, mengamuk, mencoba keluar dari tempat tidur.

Kepatuhan dengan ventilator mekanik

- ❖ Skor 0 : Alarm ventilator mekanik tidak berbunyi
- ❖ Skor 1 : Batuk, alarm berbunyi tetapi berhenti secara spontan
- ❖ Skor 2 : Alarm sering berbunyi

Nada bicara (tidak terpasang selang ETT)

- ❖ Skor 0 : Bicara dengan nada pelan
- ❖ Skor 1 : Mendesah, mengerang
- ❖ Skor 2 : Menangis, berteriak

Ketegangan otot

- ❖ Skor 0 : Tidak ada ketegangan otot
- ❖ Skor 1 : Mengerutkan kening, mengangkat alis
- ❖ Skor 2 : Tidak ada ketegangan otot

Catatan:

- ❖ Skor 0 : tidak nyeri
- ❖ Skor 1-2 : nyeri ringan
- ❖ Skor 3-4 : nyeri sedang
- ❖ Skor 5-6 : nyeri berat
- ❖ Skor 7-8 : nyeri sangat berat.

E. Daftar Pustaka

Afroh, F., Mohamad Judha, Sudarti. (2012). *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika

Andarmoyo, S. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : Ar-Ruzz.

Hidayat, A. Aziz Alimul. (2008). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan Buku 1*. Jakarta : Salemba Medika.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2011). *Health Care Guideline: Assessment And Management Of Pain*. Edisi ke-5. ICSI.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik (Terjemahan Renata Komalasari et al. Edisi 4)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Prasetyo, S. N. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Rosdahl, C. Bunker, dan Marry T. Kowalski. (2008). *Textbook of basic nursing. (9th ed)*. Philadelphia : Lippincott. Patricia 2010

Smeltzer & Bare . (2008). *Textbook of Medical Surgical Nursing Vol.2*. Philadelphia: Linppincott William & Wilkins.

Tamsuri A. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul