

Pengkajian Nyeri

Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional akibat adanya kerusakan jaringan yang sedang atau akan terjadi, atau pengalaman sensorik dan emosional yang merasakan seolah-olah terjadi kerusakan jaringan



Pengelolaan nyeri dilakukan oleh :

Dokter Spesialis

Dokter Umum

Perawat / Bidan

Tenaga kesehatan yang berkompeten



TUJUAN

Tujuan Umum

- Menghilangkan rasa nyeri selama pasien dirawat
- Meningkatkan kualitas pelayanan pasien

Tujuan Khusus

- Melakukan skrining pasien sesuai derajat nyeri yang membutuhkan intervensi segera
- Melaksanakan manajemen nyeri berdasarkan asesmen nyeri yang telah dilakukan
- Melakukan evaluasi pada pasien yang sudah mendapatkan pengelolaan nyeri



HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN DALAM MANAGEMENT NYERI

- 1. melaksanakan manajemen nyeri disesuaikan dengan kepribadian, budaya dan sosial pasien
- 2. pasien didorong dan didukung melaporkan nyeri
- 3. respon pasien terhadap nyeri seringkali berada dalam konteks norma sosial dan tradisi keagamaan
- 4. nyeri yang tidak berkurang menimbulkan dampak yang tidak diharapkan kepada pasien secara fisik maupun psikologi
- 5. rumah sakit menghormati dan mendukung hak pasien dengan cara assesmen nyeri yang sesuai

TATA LAKSANA

1. Persiapan Pasien, Keluarga dan Petugas Kesehatan

2. Anamnesis pada Pasien atau Keluarga

- Anamnesis umum.
- Anamnesis tentang nyeri.
- Anamnesis spesifik keluhannya.

ANAMNESIS

- Riwayat penyakit sekarang
- Pengkajian dilakukan berdasarkan P, Q, R, S, T yaitu :
 - P (Provokes/ Point) : Faktor yang mempengaruhi berat ringannya nyeri
 - Q (Quality) : Bagaimana rasa nyerinya
 - R (Radiation/ Relief) : Melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri
 - S (Severity) : Keparahan atau intensitas nyeri
 - T (Time/ On set) : Waktu atau lama serangan atau frekuensi nyeri
- Riwayat pembedahan/ penyakit dahulu
- Riwayat psiko-sosial
- Obat-obatan dan alergi
 - (Daftar obat-obatan yang dikonsumsi pasien untuk mengurangi nyeri)
- Riwayat keluarga
 - (Evaluasi riwayat medis keluarga terutama penyakit genetik)
- Asesmen sistem organ yang komprehensif

- Perawat menanyakan mengenai factor yang memperberat dan memperingan nyeri kepada pasien
- Tanyakan juga mengenai deskripsi nyeri :
- Lokasi nyeri
- Kualitas dan atau pola penjaran / penyebaran
- Onset, durasi, dan factor pemicu
- Riwayat penanganan nyeri sebelumnya dan efektifitasnya
- Efek nyeri terhadap aktivitas sehari – hari
- Obat – obatan yang dikonsumsi pasien
- Pada pasien dalam pengaruh obat anastesi atau dalam kondisi sedang, asesmen dan penanganan nyeri dilakukan saat pasien menunjukkan respon berupa ekspresi tubuh atau verbal akan rasa nyeri

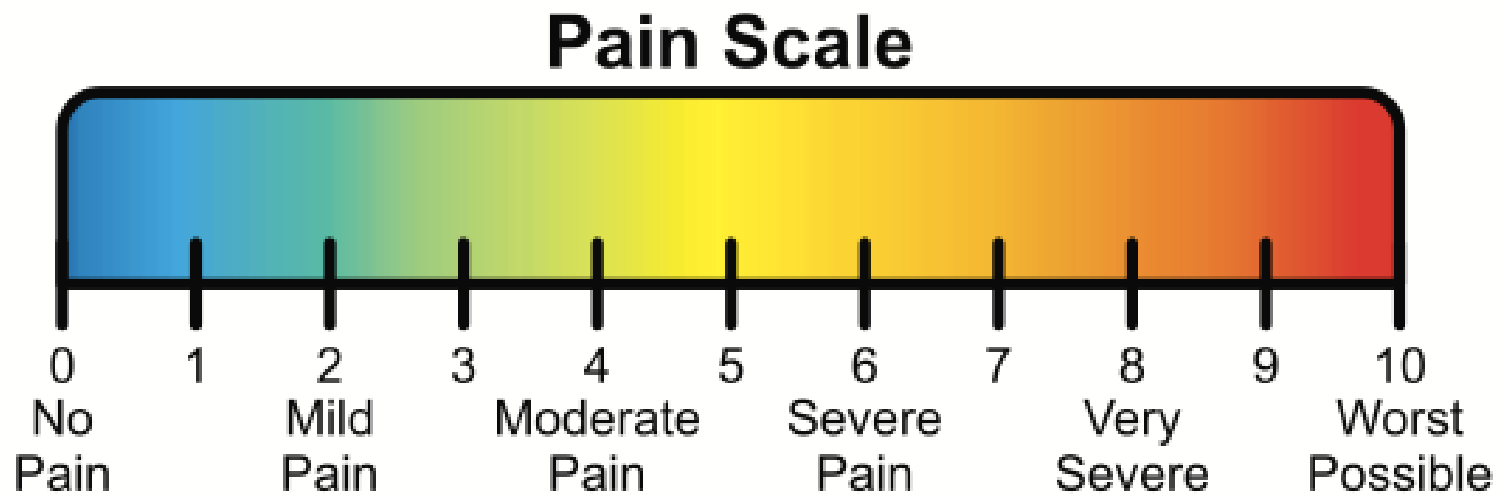
3. Pemeriksaan

- Pemeriksaan fisik umum.
- Pemeriksaan spesifik keluhanannya.
- Pemeriksaan penunjang sesuai indikasi.

Penilaian Skala Nyeri

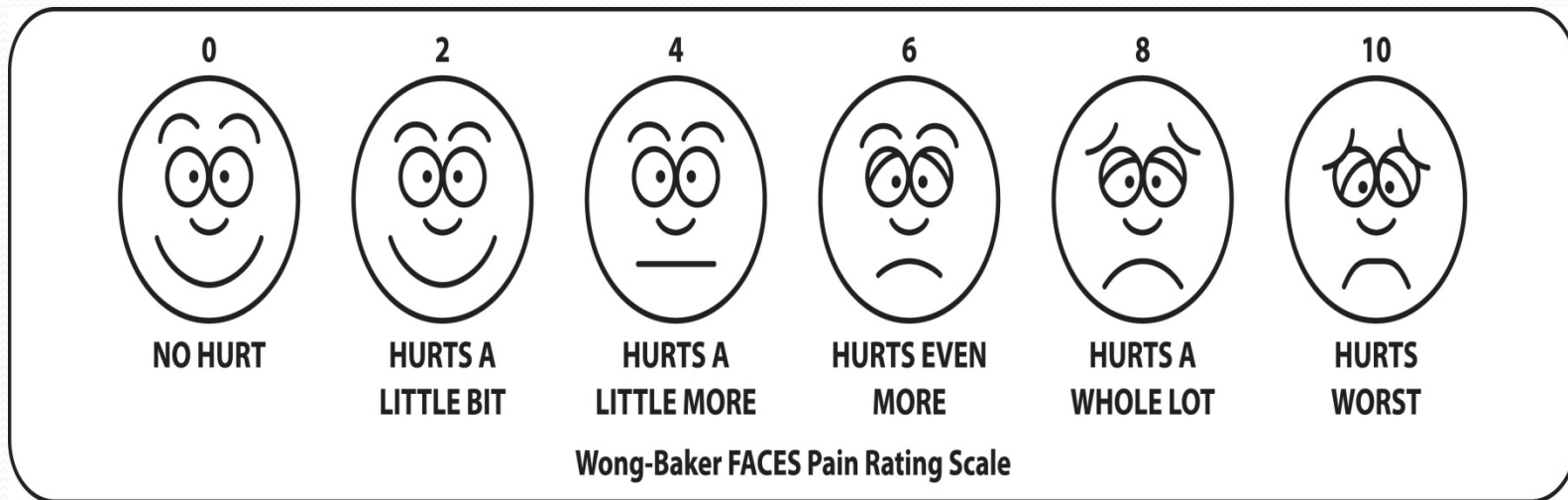
- Asesmen nyeri di RS Siti Khodijah menggunakan 3 cara yaitu:
 - **Numeric Pain Rating Scale (NPRS)** digunakan untuk pasien dewasa dan anak yang usianya lebih 8 tahun.
 - **Wong Baker Faces Pain Scale** digunakan untuk pasien (dewasa dan anak lebih 3 tahun) yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.
 - **FLACC Behavioral pain scale** digunakan pada bayi dan pasien tidak sadar yang tidak dapat dinilai dengan Numeric Scale dan Wong baker faces pain scale

1. Numeric Pain Rating Scale (NPRS)



- Indikasi : digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia > 8 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakannya
- Instruksi : pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri yang dirasakan dan dilambangkan dengan angka antara 0 – 10
- 0 = tidak nyeri
- 1 – 3 = nyeri ringan (sedikit mengganggu aktivitas sehari – hari)
- 4 – 6 = nyeri sedang (gangguan nyata terhadap aktivitas sehari – hari)
- 7 – 10 = nyeri berat (tidak dapat melakukan aktivitas sehari – hari)

2. Wong Baker Faces Pain Rating Scale



- Dapat digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.
- Instruksinya: pasien diminta untuk menunjuk/ memilih gambar mana yang paling sesuai dengan yang ia rasakan. Tanyakan juga lokasi dan durasi nyeri.
- 0 – 1 Tidak merasa nyeri
- 2 – 3 Sedikit rasa sakit
- 4 – 5 Nyeri ringan
- 6 – 7 Nyeri sedang
- 8 – 9 Nyeri berat
- 10 Nyeri sangat berat

3. FLACC Behavioral pain scale

Tabel FLACC Behavioural Pain Assessment Scale

KRITERIA	SKOR			NILAI
	0	1	2	
Face (Wajah)	tidak ada ekspresi tertentu atau senyum	sese kali meringis atau mengerutkan kening, menarik diri, tidak tertarik	dagu gemeteran secara berkala atau konstan, rahang mengepal	
Leg (Kaki)	posisi normal atau santai	gelisah, khawatir, tegang	menendang atau menarik diri	
Activity (Aktivitas)	berbaring tenang, posisi normal, bergerak dengan mudah	menggeliat, mondar mandir, tegang	melengkung, kaku atau menyenyak	
Cry (Tangis)	tidak ada teriakan (terjaga atau tertidur)	mengerang atau merintih, sese kali mengeluh	menangis secara terus menerus, menjerit atau isak tangis, sering mengeluh	
Consolability (Bersuara)	puas/ senang, santai	sese kali diyakinkan dengan sentuhan, pelukan atau diajak bicara, dialihkan	sulit untuk dihibur atau merasa nyaman	
TOTAL SKOR				

nilai 0 = tidak

nyeri

nilai 1 – 3 =

nyeri ringan

nilai 4 – 6 =

nyeri sedang

nilai 7 – 10 =

nyeri berat
sekali

- Skala nyeri ini terdiri atas 10 poin, didasarkan pada respon perilaku pasien. Direkomendasikan untuk digunakan pada pasien dewasa yang tidak kooperatif.
- Instruksinya: pada pasien yang sadar, dilakukan observasi dan penilaian selama 5 menit pada kaki atau bagian yubuh yang tidak tertutup. Pada pasien yang tidur, diobservasi kaki dan bagian yang tidak tertutup, jika memungkinkan posisikan pasien dan sentuh tubuhnya.

Waktu Penilaian Nyeri

- Penilaian awal nyeri seharusnya sudah dilakukan dan tercatat saat pasien masuk di rumah sakit, frekuensi penilaian ini tergantung pada kondisi pasien.
- Lakukan asesmen nyeri yang komprehensif setiap kali melakukan pemeriksaan fisik pada pasien. Asesmen nyeri mungkin hanya sekali dalam sehari jika pasien saat datang tidak merasakan nyeri (score nyeri 0) dan pasien diberi pesan agar menghubungi petugas apabila merasakan nyeri.
- Dilakukan asesmen pada : pasien yang mengeluh nyeri, 1 jam setelah tatalaksana nyeri, setiap 4 jam (pada pasien yang sadar/bangun), pasien yang menjalani prosedur menyakitkan, sebelum transfer pasien, dan sebelum pasien pulang dari rumah sakit.
- Pada pasien yang mengalami nyeri kardiak (jantung), lakukan asesmen ulang setiap 5 menit setelah pemberian nitrat atau obat-obatan intravena.
- Pasien seharusnya dinilai kembali setelah mendapatkan beberapa analgesic untuk melihat efektivitas terapi dan kemungkinan efek samping yang akan terjadi seperti mual, muntah, dan tertedasi.

Assesmen Ulang Nyeri

Assesmen ulang nyeri adalah **prosedur menilai ulang derajat nyeri pada pasien yang bertujuan untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait penatalaksanaan nyeri yang telah diberikan**, dengan interval waktu sesuai kriteria sebagai berikut :

- 15 menit setelah intervensi obat injeksi
- 1 jam setelah intervensi obat oral atau lainnya
- 1 x/shift bila skor nyeri 1-3
- Setiap 3 jam bila skor 4-6
- Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10
- Dihentikan bila skor nyeri 0

Assesmen ulang nyeri dilakukan pada pasien yang dirawat lebih dari beberapa jam dan menunjukkan adanya rasa nyeri

Asuhan Keperawatan Nyeri

- Asuhan keperawatan yang diberikan pada pelayanan keperawatan pasien nyeri menggunakan metode proses keperawatan meliputi tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.



Terima
Kasih