

BAB II

TINJAUAN TEORI DAN KONSEP

A. Konsep dasar penyakit

1. Definisi nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala maupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialami (Aziz, 2009). Nyeri sangat penting sebagai proteksi tubuh apabila jaringan sedang rusak atau tidak berfungsi dan timbulnya reaksi individu untuk menghilangkan nyeri. Anak menanggapi nyeri dengan respon yang berbeda sesuai usia (Prasetyo, 2010). Nyeri adalah sensori serta emosi yang tidak menyenangkan dan meningkat akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, digambarkan dalam istilah seperti kerusakan (Tournaire & Theau-Yonneau, 2007 dalam Judha dkk, 2012). Jadi nyeri adalah sesuatu emosi yang tidak menyenangkan yang dirasakan oleh seseorang akibat adanya kerusakan jaringan yang bersifat subjektif, dan hanya seseorang sendiri itulah yang dapat menggambarkan bagaimana nyeri itu dirasakan.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor ini dapat meningkatkan dan menurunkan persepsi nyeri, toleransi nyeri dan juga mempengaruhi reaksi nyeri (Potter & Perry, 2006). Beberapa faktor tersebut antara lain :

a. Usia

Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri (Potter & Perry, 2006).

b. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon terhadap nyeri, toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh kebudayaan. Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dalam menilai nyeri (misalnya anak laki-laki tidak boleh menangis, sedangkan perempuan boleh menangis dalam keadaan yang sama) (Potter & Perry, 2006).

c. Kebudayaan

Individu mempelajari apa yang diharapkan dan diterima oleh kebudayaan mereka, hal ini meliputi bagaimana bereaksi

terhadap nyeri (Calvillo dan Flaskerud, 1991 dalam Potter & Perry, 2006).

d. Makna nyeri

Makna nyeri dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu yang akan mempersepsikan nyeri secara berbeda-beda (Potter& Perry, 2006).

e. Perhatian

Perhatian yang meningkat dikaitkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan perhatian (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun (Gill, 1990 dalam Potter & Perry, 2006) .

f. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas, pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas, sulit untuk memisahkan dua sensasi (Paice, 1991 dalam Potter & Perry, 2006).

g. Keletihan

Rasa lelah menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping (Potter& Perry, 2006) .

h. Pengalaman

Klien yang tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri (Potter & Perry, 2006).

i. Gaya coping

Klien yang memiliki fokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa, seperti nyeri (Potter & Perry, 2006).

j. Dukungan sosial dan keluarga

Klien dari kelompok sosiobudaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang, tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri, klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Kehadiran orang tua sangat penting bagi anak-anak yang mengalami nyeri (Potter & Perry, 2006).

3. Mekanisme nyeri

Salah satu teori mengenai nyeri dari Melzack dan Wall (1965) adalah tentang pengendalian nyeri (*Gate Control Theory*) yang menjelaskan bagaimana impuls nyeri dapat diatur oleh pertahanan sistem saraf pusat. Impuls nyeri dihantarkan saat

pertahanan dibuka dan dihambat saat implus tertutup. Upaya ini merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Keseimbangan aktivitas dari neuro sensori dan control desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-Adan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorphine dan dinorfin, suatu penghilang nyeri alami yang berasal dari tubuh. Teknik pengalihan perhatian, konseling merupakan upaya untuk melepaskan endorphine (Potter & Perry, 2006). Ada empat tahapan proses terjadinya nyeri:

a. Transduksi

Proses dimana suatu stimulus nyeri (noxious stimuli) dirubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimulus ini dapat berupa stimulus fisik (tekanan), suhu (panas) atau kimia (substansi nyeri). Terjadi perubahan patofisiologis karena mediator-mediator nyeri mempengaruhi juga nosiseptor diluar daerah trauma sehingga lingkaran nyeri meluas. Selanjutnya terjadi proses sensitivisasi perifer yaitu menurunnya nilai ambang rangsang nosiseptor karena pengaruh mediator tersebut dan penurunan pH jaringan. Akibatnya nyeri dapat timbul

karena rangsang yang sebelumnya tidak menimbulkan nyeri misalnya rabaan.

b. Transmisi

Proses penyampaian impuls nyeri dari nosiseptor saraf perifer melewati korda dorsalis, dari spinalis menuju korteks serebri. Transmisi sepanjang akson berlangsung karena proses polarisasi, sedangkan dari neuron presinaps ke pasca sinaps melewati neurotransmitter.

c. Persepsi

Proses terakhir saat stimulasi tersebut sudah mencapai korteks sehingga mencapai tingkat kesadaran, selanjutnya diterjemahkan dan ditindaklanjuti berupa tanggapan terhadap nyeri tersebut.

d. Modulasi

Proses modifikasi terhadap rangsang. Modifikasi ini dapat terjadi pada sepanjang titik dari sejak transmisi pertama sampai ke korteks serebri. Modifikasi ini dapat berupa augmentasi (peningkatan) ataupun inhibisi (penghambatan).

4. Manajemen Nyeri

Tujuan dari penatalaksanaan nyeri adalah menurunkan nyeri sampai tingkat yang dapat ditoleransi. Upaya farmakologis

dan non-farmakologis dilakukan berdasarkan pada kebutuhan dan tujuan pasien secara individu. Semua intervensi akan sangat berhasil bila dilakukan sebelum nyeri menjadi parah (Potter & Perry, 2006).

a. Intervensi Farmakologis

Dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter atau pemberi perawatan utama lainnya dan pasien. Sebelum memberikan obat apa saja, pasien ditanyakan mengenai alergi terhadap medikasi dan sifat dari segala respon alergi sebelumnya. Pereda nyeri farmakologis dibagi menjadi tiga yakni golongan opioid, non-opioid dan anestetik. Anestesi lokal yang bekerja dengan memblok konduksi saraf, dapat diberikan langsung ke tempat yang cedera, atau langsung ke serabut saraf melalui suntikan atau saat pembedahan. Golongan opioid (narkotik) dapat diberikan melalui berbagai rute, yang karenanya efek samping pemberian harus dipertimbangkan dan diantisipasi, diantaranya adalah depresi pernafasan, sedasi, mual dan muntah, konstipasi, pruritus dan peningkatan risiko toksik pada penderita hepar atau ginjal. Jenis opioid diantaranya adalah morfin, kodein, meperidine. Sedang golongan non-opioid diantaranya adalah obat-obatan antiinflamasi

nonsteroid (NSAID) yang menurunkan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Jenis NSAID diantaranya adalah ibuprofen (Potter & Perry, 2006).

b. Intervensi Non-Farmakologis

Saat nyeri hebat berlangsung selama berjam-jam atau sehari-hari, mengkombinasikan teknik non-farmakologis dengan obat-obatan mungkin cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri, diantaranya adalah stimulasi dan massage kutaneus, terapi es dan panas, stimulasi saraf listrik transkutan, distraksi, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing dan hipnosis. Stimulasi kutaneus dan massage bertujuan menstimulasi serabut-serabut yang mentransmisikan sensasi tidak nyeri, memblok atau menurunkan transmisi impuls nyeri. Massage dapat membuat pasien lebih nyaman karena massage membuat relaksasi otot (Potter & Perry, 2006).

Terapi es dan panas bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri dalam bidang reseptor yang sama seperti pada cedera, terapi es dapat menurunkan prostaglandin dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan

aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Terapi panas dan es harus digunakan dengan hati-hati dan dipantau dengan cermat untuk menghindari cedera kulit.

Stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri dalam area yang sama seperti pada serabut yang mentransmisikan nyeri.

Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman, irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi dan ekshalasi. Pada saat mengajarkan teknik ini, akan sangat membantu bila menghitung dengan keras bersama pasien pada awalnya.

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Imajinasi terbimbing untuk meredakan nyeri dan relaksasi dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan. Dengan mata terpejam, individu diinstruksikan untuk membayangkan bahwa dengan setiap napas yang diekshalasi secara lambat, ketegangan otot dan ketidaknyamanan dikeluarkan, menyebabkan tubuh rileks dan nyaman. Setiap kali napas dihembuskan, pasien diinstruksikan untuk membayangkan bahwa udara yang dihembuskan membawa pergi nyeri dan ketegangan. Pasien harus diinformasikan bahwa imajinasi terbimbing dapat berfungsi hanya pada beberapa orang.

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri dan menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis, mekanisme kerja hipnosis tampak diperantarai oleh sistem endorfin, keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu, bagaimanapun pada beberapa kasus teknik ini tidak akan bekerja .

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif. Distraksi menurunkan persepsi dengan menstimulasi system kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak, keefektifan distraksi tergantung kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri, distraksi berkisar dari hanya pencegahan monoton hingga menggunakan aktivitas fisik dan mental seperti misalnya kunjungan keluarga dan teman, menonton film, melakukan permainan catur.

5. Klasifikasi nyeri

Menurut Perry & Potter (2006) nyeri dapat dijelaskan berdasarkan durasi, lokasi, atau etiologi.

a. Nyeri berdasarkan durasi :

- 1) Nyeri akut yaitu nyeri yang hanya dirasakan tiba-tiba atau yang lambat dan tanpa memperhatikan intensitasnya.
- 2) Nyeri kronis yaitu nyeri yang berlangsung berkepanjangan, biasanya nyeri berulang atau menetap sampai enam bulan atau lebih dan mengganggu fungsi tubuh.

b. Nyeri berdasarkan lokasi :

- 1) Nyeri kutaneus adalah nyeri yang berasal dari kulit atau jaringan subkutan
- 2) Nyeri somatik dalam adalah nyeri yang berasal dari ligamen, tendon, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Nyeri tersebut menyebar dan cenderung berlangsung lebih lama dibanding nyeri kutaneus.
- 3) Nyeri viseral adalah nyeri yang berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen, kranial, dan torak.
- 4) Nyeri radiasi (menyebar) adalah nyeri yang dirasakan pada tempat sumber nyeri dan menyebar ke jaringan sekitarnya.
- 5) Nyeri alih adalah nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang jauh dari jaringan yang menyebabkan nyeri.
- 6) Nyeri phantom adalah nyeri yang sangat menyakitkan pada bagian tubuh yang hilang.

B. Konsep dasar asuhan keperawatan

1. Pengkajian nyeri

a. Identitas klien

- 1) Nama
- 2) Tempat dan tanggal lahir
- 3) Pendidikan terakhir
- 4) Agama

5) Suku

6) Alamat

b. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan klien

Klien mengatakan nyeri

P (paliatif) : faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.

Q (quality) : dari nyeri, apakah rasanya tajam, tumpul atau tersayat.

R (region) : daerah perjalanan nyeri.

S (severity) :keparahan atau intensitas nyeri .

T (time) : lama waktu serangan atau frekuensi nyeri.

2. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, pernafasan

b. Perilaku

c. Ekspresi wajah

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penentuan dari masalah keperawatan yang ditunjukkan oleh klien (abdellah, 1957 dalam Perry & Potter, 2005).

a. Nyeri berhubungan dengan cedera fisik/trauma

- b. Nyeri kronik berhubungan dengan kontrol nyeri yang tidak adekuat

4. Intervensi

Perawat dan klien berdiskusi tindakan untuk mengatasi nyeri atau pemulihan nyeri yang diharapkan. Hasil akhir yang diharapkan dan tujuan keperawatan diseleksi sesuai diagnosa dan kondisi klien. Terapi yang tepat terkait penyebab nyeri ataupun masalah kesehatan klien (Perry & Potter, 2006).



Tabel 1.1 intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	Kriteria hasil	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan cedera fisik/trauma	- Mampu mengontrol nyeri - Mampu mengenali nyeri - Mengatakan nyaman setelah nyeri berkurang - Tanda-tanda vital dalam rentan normal	- Lakukan pengkajian nyeri - Kaji faktor yang meningkatkan dan meringankan nyeri - Kaji tanda-tanda vital (TD, N, R, S) - Beri informasi tentang nyeri klien - Libatkan keluarga dalam perawatan - Ajarkan teknik non farmakologi pendampingan orang tua - Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
Nyeri kronik berhubungan dengan kontrol nyeri yang tidak adekuat	- Klien mempertahankan pengontrol nyeri - Tidak ada gangguan tidur - Klien mengatakan nyaman - Tidak ada ekspresi menahan nyeri	- Kaji pengalaman nyeri - Kaji faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya nyeri - Kaji efek nyeri kronis terhadap kehidupan klien - Kaji tanda-tanda vital (TD, N, R, S) - Motivasi keluarga untuk tetap memberikan support atas nyeri yang dialami - Ajarkan tindakan pereda nyeri - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri

5. Implementasi

Terapi nyeri membutuhkan pendekatan individual. Perawat dan klien harus menjadi partner kerja dalam melakukan upaya mengontrol nyeri. Implementasi atau tindakan keperawatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang direncanakan (Perry & Potter 2005).

6. Evaluasi

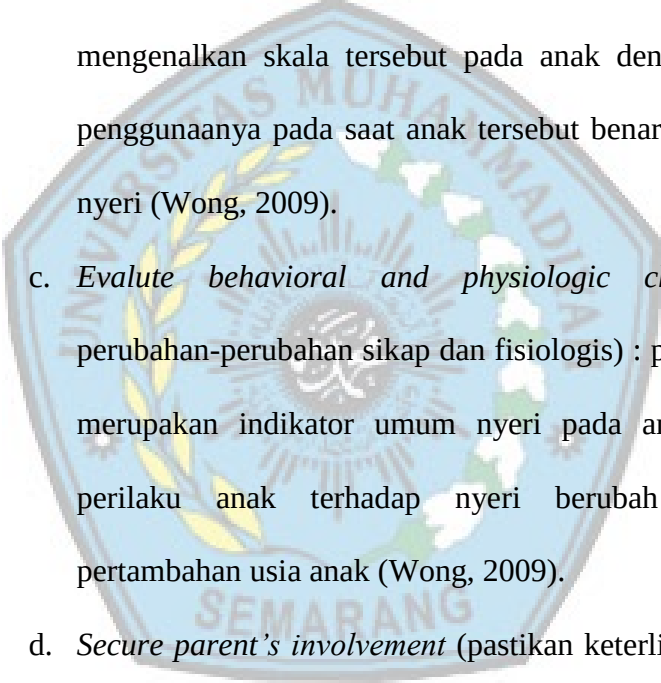
Tujuan dari asuhan keperawatan adalah menyelesaikan masalah kesehatan klien. Evaluasi terhadap tujuan asuhan keperawatan menentukan apakah tujuan sudah terlaksana (Perry & Potter 2005).

C. Pengkajian nyeri pada anak pra sekolah

Konsep sakit pada periode pra sekolah dipengaruhi oleh kemampuan kognitif pada tahap praoperasional. Konflik psikoseksual pada usia ini membuat anak sangat rentan terhadap ancaman cedera tubuh (Wong, 2009).

1. Prinsip-prinsip pengkajian nyeri pada anak

Salah satu pendekatan terhadap pengkajian nyeri pada anak-anak adalah QUEST (Wong, 2009).

- 
- a. *Question the child* (tanyakan pada anak) : Meminta anak untuk menunjukkan lokasi nyeri, bermain dapat menjadi cara lain untuk membantu anak mengungkapkan rasa tidak nyaman (Wong, 2009).
 - b. *Use a pain rating scale* (gunakan skala nyeri) : penggunaan skala nyeri pada anak-anak merupakan tindakan berifat kuantitatif. Instruksi diberikan terlebih dahulu dengan mengenalkan skala tersebut pada anak dengan memfasilitasi penggunaannya pada saat anak tersebut benar-benar mengalami nyeri (Wong, 2009).
 - c. *Evalute behavioral and physiologic changes* (evaluasi perubahan-perubahan sikap dan fisiologis) : perubahan perilaku merupakan indikator umum nyeri pada anak-anak. Respon perilaku anak terhadap nyeri berubah sesuai dengan pertambahan usia anak (Wong, 2009).
 - d. *Secure parent's involvement* (pastikan keterlibatan orang tua) : Peran orang tua sangat penting untuk mengkaji nyeri anak secara lebih baik, perawat dapat mewawancari orang tua tentang pengalaman nyeri anak sebelumnya (Wong, 2009).
 - e. *Take the cause of pain into account* (pertimbangkan penyebab nyeri) : pada saat anak-anak menunjukan perilaku yang mengisyaratkan adanya nyeri, alasan untuk ketidaknyamanan

tersebut harus diperiksa. Kondisi patologik dapat memberikan petunjuk tentang intensitas dan jenis nyeri (Wong, 2009).

- f. *Take action evaluate results* (lakukan tindakan dan evaluasi hasilnya) : evaluasi akhir merupakan hal yang sangat penting. Tidak semua teknik pengurangan nyeri efektif untuk semua anak. Oleh karena itu catatan pengkajian nyeri digunakan untuk memantau efektivitas intervensi (Wong, 2009).

2. Penilaian skala nyeri anak

Penilaian objektif skala nyeri pada anak tidak mudah. Karena dibutuhkan kerjasama dari anak untuk dapat menggambarkan nyeri yang dirasakan. Beberapa peneliti telah melakukan usaha untuk melakukan pengukuran skala objektif nyeri yang mudah digunakan pada pasien anak (Wong& Baker, 2006) . Skala ini menggunakan dua cara penilaian yaitu penilaian ekspresi wajah (Faces Pain Rating Scale) untuk anak usia 3 tahun ke atas dan penilaian verbal (Verbal Pain) untuk anak 8 tahun ke atas.

- a. *Faces Pain Rating Scale* (Penilaian skala nyeri wajah) untuk anak usia 3 tahun ke atas

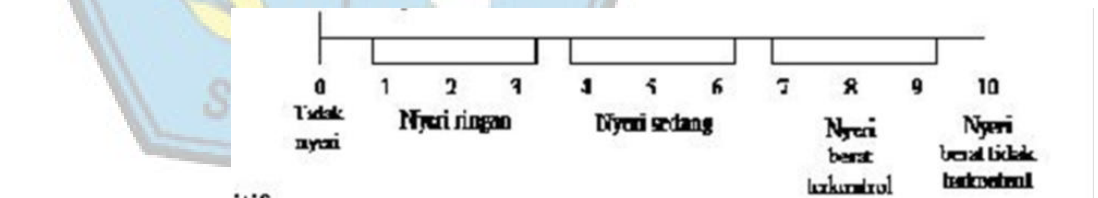
Menurut Wong-Baker :



Gambar 2.1 Faces Pain Rating Scale

- b. *Verbal Pain* (Penilaian skala nyeri verbal) untuk anak usia 8 tahun ke atas

Pasien dapat diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal (misal: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri hebat, atau sangat hebat; atau 0 sampai 10; 0= tidak ada nyeri, 10= nyeri sangat hebat), nomor yang menerangkan tingkat nyeri yang dipilih oleh pasien akan mewakili tingkat intensitas nyerinya.



Gambar 2.2 Verbal Pain

Keterangan:

0: Tidak nyeri

1-3: Nyeri ringan (secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik)

4-6: Nyeri sedang (secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik)

7-9: Nyeri berat (secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi).

10: Nyeri sangat berat (klien tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul).

3. Karakteristik Nyeri

Untuk menentukan karakteristik nyeri, perawat dapat melakukan pengkajian nyeri dengan menggunakan metode P, Q, R, S, T.

- a. Faktor pancetus (*P : provacate*) : perawat mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada klien, dalam hal ini perawat juga dapat melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera. Apabila perawat mencurigai adanya nyeri psikogenik maka perawat harus dapat mengeksplere perasaan klien dan menanyakan perasaan-perasaan apa saja yang mencetuskan nyeri (Prasetyo, 2010).

- b. Kualitas (*Q : quality*) : kualitas nyeri merupakan suatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendeskripsikan dalam kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah seperti tertindih, perih, tertusuk, dll. Dimana setiap klien mungkin berbeda-beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan (Prasetyo, 2010).
- c. Lokasi (*R: region*) : untuk mengkaji lokasi nyeri maka perawat meminta klien menunjukan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. (Prasetyo, 2010).
- d. Keparahan (*S: severe*) : tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang ia rasakan sebagai nyeri ringan, sedang dan berat (Prasetyo, 2010).
- e. Durasi (*T: time*) : perawat menanyakan pada klien menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “kapan nyeri dirasakan?, apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama setiap hari?, seberapa sering nyeri kambuh?, atau yang lainnya dengan kata yang semakna (Prasetyo, 2010).

D. Konsep *evidence based nursing practice*

Konsep *evidence based nursing practice* yang digunakan adalah distraksi pendampingan orang tua. Terdapat perbedaan terapi pendampingan orangtua terhadap tingkat nyeri anak yang dilakukan pemasangan infus. Perbedaan tingkat nyeri yang signifikan antara anak usia prasekolah yang diberikan terapi pendampingan orang tua adalah 2,84 dengan anak usia prasekolah yang tidak diberikan terapi pendampingan orangtua adalah 4,31 saat dilakukan pemasangan infus. Studi pendahuluan yang dilaksanakan selama tiga hari terhadap lima pasien anak menunjukkan 80% prosedur pemasangan infus sudah didampingi orang tua, 60% anak menangis sebelum prosedur dilakukan, 80% menangis setelah prosedur infus, 100% anak mengalami nyeri berat, 60% menunjukkan reaksi temper tantrum : menjerit, memukul, meronta. (Hajar & Hastutik, 2013).

