

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Nyeri kolik

1. Pengertian

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lainnya (Asmadi, 2008). Definisi nyeri menurut Tamsuri (2007) nyeri adalah mekanisme pertahanan protektif bagi tubuh; timbul bila nama jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri.

Nyeri kolik merupakan nyeri visceral akibat spasme otot polos organ berongga dan biasanya disebabkan oleh hambatan pasase dalam organ tersebut seperti obstruksi usus, batu ureter. Nyeri Kolik merupakan nyeri visceral akibat spasme otot polos organ berongga dan biasanya disebabkan oleh hambatan pasase dalam organ tersebut (obstruksi usus, batu ureter, batu empedu, peningkatan tekanan intraluminal). Nyeri ini timbul karena hipoksia yang dialami oleh jaringan dinding saluran. Karena kontraksi ini berjeda, kolik dirasakan hilang timbul. batu empedu, dan peningkatan intraluminal (Sja'bani, 2009).

2. Penyebab nyeri kolik

Penyebab nyeri dapat diklasifikasikan dalam dua penyebab antara lain yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan penyebab yang berhubungan dengan psikis. Secara fisik contohnya nyeri yang disebabkan trauma (baik trauma mekanik, termis kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah dan lain-lain. Secara psikis, penyebabnya dapat terjadi karena adanya trauma psikologis. Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis merupakan

nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik, yang biasa disebut dengan istilah psikosomatik. Nyeri karena faktor ini disebut pula dengan *psychogenic pain* (Asmadi, 2008).

Sedangkan penyebab nyeri kolik biasanya cepat diketahui misalnya, makan terlalu kenyang, makanan yang terlalu banyak asam, pedas, dan kebanyakan minum minuman beralkohol. Nyeri kolik juga dapat terjadi karena diare atau sembelit. Banyak wanita yang mengalami nyeri pada daerah pinggul dan perut bagian bawah pada waktu haid. Nyeri dapat terjadi sebelum atau selama haid, atau pada saat ovulasi. Kadang kadang rasa nyeri ini disebabkan oleh gangguan pada alat kandungan seperti endometriosis (terlepasnya sebagian dinding dalam rahim dan tumbuh pada bagian lain di rongga perut) (Sjamsuhidajat, 2010).

Penyebab nyeri kolik bagian bawah perut yang paling sering ialah infeksi saluran kemih, terutama pada wanita, infeksi itu menyebabkan sistitis (peradangan kandung kemih). Nyeri kolik dapat pula terjadi karena gangguan psikis. Misalnya karena kegelisahan seperti pada anak yang baru masuk sekolah atau pada orang dewasa yang baru pindah lingkungan kerja. Berkerut atau meregangnya alat dalam perut menimbulkan rasa nyeri yang bergelombang (melilit) disebut kolik. Kolik usus biasanya disertai dengan kembung dan perut buncit, hal ini terjadi bila otot polos usus berkerut atau kejang usus. Kolik dapat pula terjadi karena tersumbatnya kandung empedu, saluran empedu, atau saluran kemih. Nyeri dapat pula karena hamil di luar kandungan, yaitu tumbuhnya janin bukan di dalam rahim, tetapi pada saluran telur. Peningkatan sekresi asam lambung dapat menimbulkan penyakit tukak peptik yang menyebabkan rasa nyeri berulang, rasa nyeri berkurang dengan pemberian makanan, susu, atau obat antiasid. Penyebab nyeri abdomen lainnya adalah infeksi, seperti infeksi ginjal, infeksi pada rahim

dan saluran telur. Nyeri dapat pula disebabkan oleh terhentinya aliran darah, misalnya bila terjadi volvulus (lilitan usus) yang menyumbat pembuluh darah atau terjadi pembekuan pada salah satu pembuluh darah usus (Arief, 2008).

3. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan (Asmadi, 2008)

a. Nyeri berdasarkan tempatnya :

- 1) *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misalnya pada kulit, mukosa.
- 2) *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam ataupun pada organ-organ tubuh visceral.
- 3) *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/ struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada system saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus dan lain-lain.

b. Nyeri berdasarkan sifatnya :

- 1) *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
- 3) *Paroxysmal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

- c. Nyeri berdasarkan berat ringannya:
- 1) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
 - 2) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - 3) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.
- d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan
- 1) Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit arteriosclerosis pada arteri koroner.
 - 2) Nyeri kronis, yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan, yang mempunyai pola beragam yang berlangsung berbulan-bulan, bahkan sampai bertahun-tahun. Ragam nyeri tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus-menerus terasa makin lama semaki meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan, (nyeri karena neoplasma).

Tabel 2.1
Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis

Nyeri akut	Nyeri kronis
1. Waktu : kurang dari enam bulan.	1. Waktu : lebih dari enam bulan
2. Daerah nyeri terlokalisasi	2. Daerah nyeri menyebar
3. Nyeri terasa tajam seperti ditusuk, disayat, dicubit,dan lain-lain	3. Nyeri terasa tumpul seperti ngilu, linu, dan lain-lain
4. Respon system saraf simpatis :takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat,lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil	4. Respon system saraf parasimpatis, penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas, dan pupil konstriksi
5. Penampilan klien tampak cemas, gelisah, dan terjadi ketegangan otot	5. Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri

Sumber (Asmadi, 2008).

4. Teori nyeri

Nyeri merupakan suatu fenomena yang penuh rahasia dan menggugah rasa ingin tahu para ahli. Begitu pula untuk menjelaskan bagaimana nyeri tersebut terjadi masih merupakan suatu misteri. Namun demikian ada beberapa teori yang menjelaskan mekanisme transmisi nyeri. Teori tersebut diantaranya adalah *the specificity theory*, *the intensity theory*, dan *the gate control theory* (Tamsuri, 2007).

a. *The Specificity Theory* (Teori Spesifik)

Menurut teori spesifik ini, timbulnya sensasi nyeri berhubungan dengan pengaktifan ujung-ujung serabut saraf bebas oleh perubahan mekanik, rangsangan kimia, atau temperature yang berlebihan. Persepsi nyeri yang dibawa oleh serabut saraf nyeri diproyeksikan oleh spinothalamik ke spesifik pusat nyeri di talamus. Otak menerima informasi mengenai objek eksternal dan struktur tubuh melalui saraf sensoris. Saraf sensoris untuk setiap indra perasa bersifat spesifik. Artinya, saraf sensoris dingin hanya dapat dirangsang oleh sensasi dingin, bukan oleh panas. Begitu pula dengan saraf sensoris lainnya. Ada dua tipe serabut syaraf yang menghantarkan stimulus nyeri yaitu serabut saraf tipe delta A dan serabut saraf tipe C.

Tabel 2.2
Perbedaan Serabut saraf nyeri tipe delta A dan C

Serabut Saraf Tipe Delta A	Serabut Saraf Tipe C
1. Daya hantar sinyal relatif cepat	1. Daya hantar sinyal lebih lambat
2. Bermielin halus dengan diameter 2-5 mm	2. Tidak bermielin dengan diameter 0,4 – 1,2 mm
3. Membawa rangsangan nyeri yang menusuk	3. Membawa rangsangan nyeri terbakar dan tumpul
4. Serabut saraf tipe ini berakhir di kornu dorsalis dan lamina I	4. Serabut saraf tipe ini berakhir di lamina II, III dan IV

Sumber (Potter, 2005).

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut

juga *nosireceptor*, secara anatomis reseptor nyeri (*nosireceptor*) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf perifer (Potter & Perry, 2005)

Berdasarkan letaknya, *nosireseptor* dapat dikelompokkan dalam beberapa bagaian tubuh yaitu pada kulit (*Kutaneus*), somatik dalam (*deep somatic*), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda (Tamsuri, 2007). *Nosireseptor kutaneus* berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit (*kutaneus*) terbagi dalam dua komponen yaitu :

- 1) Reseptor A delta: Merupakan serabut komponen cepat (kecepatan tranmisi 6-30 m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan
- 2) Serabut C: Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan tranmisi 0,5 m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi

Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur reseptornya kompleks, nyeri yang timbul merupakan nyeri yang tumpul dan sulit dilokalisasi. Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi organ-organ viseral seperti jantung, hati, usus, ginjal dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia dan inflamasi (Potter, 2005)

b. *The Intensity Theory* (Teori Intensitas)

Nyeri adalah hasil rangsangan yang berlebihan pada reseptor. Setiap rangsangan sensori punya potensi untuk menimbulkan nyeri jika intensitasnya cukup baik.

c. *The Gate Control Theory* (Teori Kontrol Pintu)

Menurut Smeltzer dan Bare (2010) teori ini menjelaskan mekanisme transmisi nyeri. Kegiatannya bergantung pada aktivitas serat saraf aferen berdiameter besar atau kecil yang dapat memengaruhi sel saraf di substansia gelatinosa. Aktifitas serat yang berdiameter besar menghambat transmisi yang artinya “pintu ditutup”, sedangkan serat saraf yang berdiameter kecil mempermudah transmisi yang artinya “pintu dibuka.

Teori *gate control* dari Melzack & Wall (1965) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Suatu 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 mentransmisi 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. Diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut (Asmadi, 2008). Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi *mekanoreseptor*, 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*, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. *Neuromodulator* ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter, 2005).

5. Fisiologi dan mekanisme nyeri

Saat informasi nyeri sampai di otak sinyal tidak berhenti berproses, tetapi beberapa sinyal akan menuju korteks motorik kemudian turun memulai spinal kord menuju saraf motorik. Impuls ini menyebabkan kontraksi otot menuju tangan atau bagian tubuh mana pun yang mengalami stimulus nyeri.

Pengantaran nyeri secara desenden dimulai pada bagian korteks somatosensori (yang disalurkan menuju thalamus) dan *hypothalamus*. Saraf *thalamus* menurun menuju *midbrain* kemudian membentuk sinaps dengan dengan jalur nyeri asenden dalam medulla dan spinal cord kemudian menghambat sinyal saraf asenden. Hal ini menyebabkan terbentuknya analgesik alami tubuh yang disebabkan oleh stimulus *opiate neurotransmitter* penurun nyeri seperti *endorphin*, *dynorphin*, dan *enkephalin* (Kartikawati, 2011).

Sinyal nyeri dapat dihentikan oleh sistem saraf otonom saat melalui medula dan dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung, tekanan darah, frekuensi pernapasan, dan produksi keringat. Reaksi ini bergantung pada intensitas nyeri yang dirasakan dan dapat menyebabkan depresi otak pusat pada korteks, seperti halnya perjalanan nyeri asenden

yang melewati *spinal cord* dan medulla, sinyal desenden yang bersifat *neuropathic pain* juga dapat dihentikan (Kartikawati, 2011).

6. Intensitas Nyeri

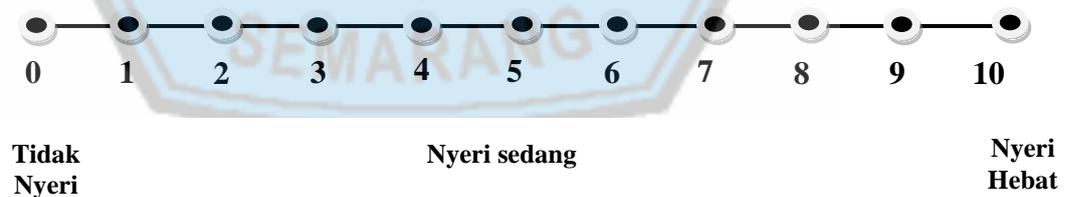
Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007).

a. Skala intensitas nyeri deskriptif



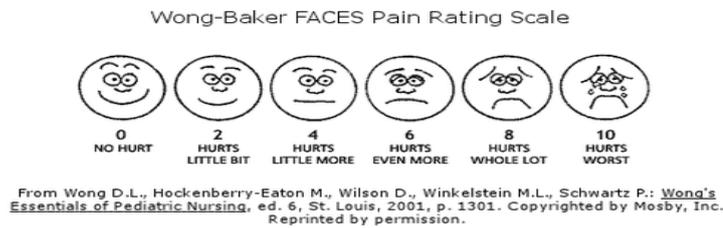
Gambar 2.1 Skala intensitas nyeri deskriptif (Potter, 2005)

b. Skala identitas nyeri numerik



Gambar 2.2 Skala identitas nyeri numerik (Potter, 2005)

c. Skala analog visual menurut Wong Beker



Gambar 2.3 Skala nyeri wajah menurut Wong (Potter.2005)

d. Skala nyeri menurut Bourbonis



Gambar 2.4 Skala nyeri menurut Bourbonis (Potter.2005)

Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan adalah secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.
- 4-6 : Nyeri sedang adalah secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : Nyeri berat adalah secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi 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 adalah Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan (Potter & Perry, 2006).

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. 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. Pendeskripsi ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Potter & Perry, 2006)

Skala penilaian numerik (*Numerical rating scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Potter, 2005).

Skala analog visual (*Visual analog scale*, VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk

mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2005).

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkomsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan (Potter, 2005).

7. Respon terhadap nyeri

Respon nyeri menurut Potter (2005) dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu respon nyeri fisiologis dan respon nyeri psikologis.

a. Respon fisiologis

Stimulasi Simpatik:(nyeri ringan, *moderat*, dan *superficial*) dapat mengakibatkan dilatasi saluran bronkhial dan peningkatan respirasi rate, peningkatan detak jantung, vasokonstriksi perifer, peningkatan tekanan darah, peningkatan nilai gula darah, diaphoresis, peningkatan kekuatan otot, dilatasi pupil, penurunan motilitas gastro intestinal. Stimulus Parasimpatik (nyeri berat dan dalam) dapat menyebabkan muka pucat, otot mengeras, penurunan HR dan BP, nafas cepat dan irregular, *nausea* dan vomitus, kelelahan dan keletihan.

b. Respon psikologis

Sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadap nyeri yang terjadi atau arti nyeri bagi klien. Arti nyeri bagi setiap individu berbeda-beda antara lain bahaya atau merusak, komplikasi seperti

infeksi, penyakit yang berulang, penyakit baru, penyakit yang fatal, peningkatan ketidakmampuan, kehilangan mobilitas, menjadi tua, sembuh, perlu untuk penyembuhan, hukuman untuk berdosa, tantangan, penghargaan terhadap penderitaan orang lain, sesuatu yang harus ditoleransi, bebas dari tanggung jawab yang tidak dikehendaki. Pemahaman dan pemberian arti nyeri sangat dipengaruhi tingkat pengetahuan, persepsi, pengalaman masa lalu dan juga faktor sosial budaya. Respon tingkah laku terhadap nyeri menurut Tamsuri (2007) meliputi:

- 1) Respon perilaku terhadap nyeri dapat mencakup:
- 2) Pernyataan verbal (mengaduh, menangis, sesak nafas, mendengkur)
- 3) Ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir)
- 4) Gerakan tubuh (gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari & tangan)
- 5) Kontak dengan orang lain/interaksi sosial (menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, penurunan rentang perhatian, fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri).

Individu yang mengalami nyeri dengan awitan mendadak dapat bereaksi sangat berbeda terhadap nyeri yang berlangsung selama beberapa menit atau menjadi kronis. Nyeri dapat menyebabkan kelelahan dan membuat individu terlalu letih untuk merintih atau menangis. Pasien dapat tidur, bahkan dengan nyeri hebat. Pasien dapat tampak rileks dan terlibat dalam aktivitas karena menjadi mahir dalam mengalihkan perhatian terhadap nyeri (Tamsuri, 2007).

8. Faktor yang mempengaruhi respon nyeri

Faktor yang mempengaruhi respon nyeri menurut Tamsuri (2007) adalah:

1) Usia

Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan.

2) Jenis kelamin

Gill (1990) mengungkapkan laki-laki dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya (misalnya: tidak pantas kalau laki-laki mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri).

3) Kultur

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.

4) Makna nyeri

Berhubungan dengan bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya.

5) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Menurut Gill (1990), perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan

respon nyeri yang menurun. Teknik relaksasi, *guided imagery* merupakan teknik untuk mengatasi nyeri.

6) **Ansietas**

Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas.

7) **Pengalaman masa lalu**

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri tergantung pengalaman di masa lalu dalam mengatasi nyeri.

8) **Pola koping**

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

9) **Dukungan keluarga dan sosial**

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan.

9. Penanganan nyeri

Penanganan nyeri dapat dilakukan secara farmakologis dan non farmakologis. Penanganan nyeri secara farmakologis yaitu dengan menggunakan terapi medis obat-obatan analgetik atau obat menghilangkan rasa nyeri. Penanganan non farmakologis dilakukan melalui metode dan tehnik-tehnik yang kini mulai banyak dikembangkan. Metode dan teknik yang dapat dilakukan dalam upaya untuk mengatasi nyeri antara lain distraksi atau mengalihkanperhatian klien dari nyeri, kompres panas atau dingin, *massage* (pijatan), teknik relaksasi.

B. Relaksasi Dzikir Khafi

1. Pengertian

Relaksasi adalah kembalinya satu otot pada keadaan istiahat setelah mengalami kontraksi atau peregangan, satu tegangan rendah tanpa emosi yang kuat (J.P Chaplin). Relaksasi adalah salah satu teknik didalam terapi perilaku yang dikembangkan oleh Jacobson dan Wolpe (Goldfried & Davidson, dalam Prawitasari 2011).

Relaksasi mengaktifkan saraf parasimpatis dan menstimulasi turunnya aktifitas tubuh yang ditingkatkan oleh saraf simpatis, dimana peningkatan salah satu system akan menghambat atau menekan fungsi system yang lainnya (Utami, 1993 dalam Purwanto & Zulaekah, 2007). Relaksasi dzikir adalah tehnik relaksasi yang disertai dengan bacaan do'a atau dzikir.

Dzikir adalah salah satu ritual yang biasa dilakukan oleh umat islam yang dapat menimbulkan respon relaksasi dan memberikan efek terhadap kesehatan jangka panjang dan perasaan bahagia (Ibrahim, 2003). Dzikir juga merupakan bagian dari meditasi trancendental yang dapat menghambat efek stress dengan menurunkan kadar kortisol (Maclean, 1996 dalam Sitepu 2009).

Dzikir secara etimologi berasal dari bahasa Arab *dzakara* yang artinya menyebut, mengingat, memperhatikan, mengenang, mengambil pelajaran, mengenal, dan mengerti. Secara terminologi dzikir dimaknai sebagai suatu amal ucapan melalui bacaan-bacaan tertentu untuk mengingat Allah, SWT. Sa'id Ibnu Jubair ra dalam Askat (2003) menyatakan dzikir adalah semua ketaatan yang diniatkan karena Allah, SWT. Yang berarti tidak terbatas pada tasbih, tahlil, tahmid, dan takbir saja, melainkan semua aktivitas manusia yang diniatkan pada Allah, SWT.

Dzikir secara umum dapat diklasifikasikan dalam empat jenis yang berdasarkan pada aktivitas apa yang digunakan untuk mengingat Allah, SWT yaitu; (1) dzikir pikir (*Tafakur*), (2) dzikir lisan, (3) dzikir hati (*Qalbu/Khafi*), (4) dzikir amal. Dzikir Khafi adalah menyebut lafal tertentu dengan suara yang pelan dan hati mengingat dengan meresapi maknanya. Dzikir Khafi paling efektif untuk mengatasi stress dan penyakit psikomotorik (Amin & Al-fandi, 2008).

Berdasarkan kutipan diatas dapat disimpulkan bahwa antara relaksasi dzikir dengan dzikir Khafi hanya penggunaan istilah saja yaitu menenangkan diri dengan memperbanyak mengingat Allah dan yang membedakan adalah pelaksanaan relaksasi dikir dapat dilakukan dengan bersuara atau dalam hati saja namun pada dzikir Khafi saat pelaksanaannya dengan berdzikir atau mengingat nama Allah hanya dalam hati saja.

2. Manfaat dzikir

Dzikir berarti mengingat Allah untuk membersihkan pikiran secara psikologis. Akal, rasa, dan jasad seakan tenggelam dan terhisap kedalam *qudrah* dan *iradah* Allah, SWT, sehingga terbebas dari segala ketakutan, kegelisahan, dan rasa sakit. Selanjutnya seseorang akan memperoleh rahmat-Nya berupa kedamaian, ketenangan, dan kebahagiaan, serta kesehatan dan kebugaran jasmani. Tawakal dan berserah diri kepada-Nya menimbulkan ketenangan batin dan keteduhan jiwa sehingga terhindar dari stress, rasa cemas, takut, dan gelisah (Zamry, 2012). Goldstein dalam Saleh, (2010) yang menyatakan bahwa dzikir adalah salah satu aktivitas yang dapat meningkatkan produksi endorfin.

Penelitian tentang Dzikir Khafi untuk mengatasi nyeri sebelumnya pernah dilakukan oleh Hidayat pada tahun 2014, dengan judul penelitiannya Dzikir Khafi Untuk Menurunkan Skala Nyeri Osteoarthritis Pada Lansia,

dengan hasil analisa bahwa terdapat perbedaan skala nyeri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok eksperimen sig.0,000 ($< 0,005$) serta tidak ada perbedaan skala nyeri sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol sig. 0, 627 ($> 0,05$) dan terdapat perbedaan skala nyeri sesudah perlakuan pada kelompok kontrol dan eksperimen sig. 0,000 ($< 0,05$). Dengan kesimpulan hasil analisa bahwa Dikir Khafi efektif untuk menurunkan skala nyeri osteoarthritis pada lansia di panti Sosial Trisna Wreda (PSTW) Unit Budi Luhur Bantul Yogyakarta.

Dzikir Khafi dipilih adalah sebagai penggerak emosi perasaan, dzikir ini muncul melalui rasa tentang penzahiran keagungan dan keindahan Allah SWT, yang akan menjadi coping seseorang dalam menghadapi nyeri sebagai stressor, sehingga stress respon yang berbeda. Dengan coping yang adaptif akan mempengaruhi orang lebih mudah dalam mengatasi rasa nyeri begitu pula dengan sebaliknya pola coping yang maladaptive akan mempersulit seseorang dalam mengatasi rasa nyeri. Firman Allah dalam Al Qur'an Surat Ar-Rad ayat 28 yang berbunyi "*Orang-orang yang beriman, hati mereka menjadi tentram dengan mengingat (Dzikir) kepada Allah. Ingatlah hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tentram*" (Surat Ar-Rad ayat 28). Abu Awanah dan Ibnu Hibban meriwayatkan dalam masing-masing kitab kumpulan hadist shahih, "*Sebaik-baik dzikir adalah dzikir dengan samar (Khafi) dan sebaik-baiknya rezeki adalah rezeki yang mencukupi*" (HR. Al Baihaqi).

Dzikir sebagai penyembuh terhadap nyeri, dengan berdzikir dapat menghasilkan beberapa efek medis dan psikologis diantaranya akan menjaga keseimbangan kadar serotonin dan norepineprin di dalam tubuh, dimana fenomena ini merupakan morfin alami yang bekerja didalam otak serta akan menyebabkan hati dan pikiran merasa tenang dibandingkan sebelum berdzikir. Disamping itu dengan berdzikir dapat pula mengendurkan otot-otot tubuh terutama otot bahu yang sering

mengakibatkan ketegangan psikis. Dikir Khafi merupakan dzikir dengan mengkonsentrasikan diri pada suatu makna (di dalam hati) yang tidak tersusundari rangkaian huruf dan suara (Saleh, 2010).

Dengan melakukan relaksasi dan berdzikir tersebut, maka impuls nyeri dan nervus trigeminus akan dihambat dan mengakibatkan tertutupnya “pintu gerbang” di thalamus yang akan mengakibatkan stimulus yang menuju korteks serebri terhambat sehingga intensitas nyeri berkurang untuk kedua kalinya (Koleaba, 2003) dan (Saleh, 2010).

3. Hubungan dzikir dengan penyembuhan

Apabila seseorang berdzikir, maka ia sebenarnya memasukkan dan menghidupkan sifat-sifat dan asma-asma Allah yang mempunyai kekuatan tak terhingga dalam dirinya. Dengan demikian, dalam dirinya tumbuh suatu kekuatan spiritual yang mampu membuat jiwanya merasa tentram dan kembali seimbang. Keseimbangan dalam tubuh yang disebabkan adanya ketentraman jiwa bisa menormalkan fungsi organ tubuh seperti meningkatkan imunitas sehingga mampu menggerakkan suatu mekanisme internal untuk menyembuhkan penyakit. Oleh karena itu Allah memerintahkan untuk berzikir sebanyak-banyaknya (Mustofa, 2011). Sesuai dengan konsep *Mind-Body Healing*, dimana pikiran mempengaruhi penyembuhan (Lorentz, 2006).

4. Proses penyembuhan penyakit melalui dzikir

Proses penyembuhan penyakit melalui dzikir melalui tiga tahap sebagai berikut :

a. Proses *Takhalli* (penghampaan)

Proses ini merupakan tahap pembersihan jiwa dari penyakit jiwa. Dalam proses ini terjadi penghampaan dari persoalan dan masalah yang dihadapi dengan bersujud berserah diri pada Allah, SWT dan menghayati dzikirnya (misal menyebut *Allah, Allah ...* sebanyak-

banyaknya atau lebih kurang 500 kali). Selama proses penghampaan harus dipahami makna kalimat “*la haula wa la quwwata illa billah*” yang artinya “tiada daya upaya melainkan dengan kekuatan Allah”. Dengan demikian secara psikologis akan merasa rileks (tanpa beban karena merasa tidak punya daya upaya, dan yang ada hanyalah kekuatan Allah semata). Hal ini sangat bermanfaat untuk mempercepat proses pelepasan radikal bebas dari tubuh. Oleh karena itu proses *takhalli* ini juga disebut proses detoksifikasi (pengeluaran racun dari tubuh).

Zamry (2012) menyatakan bahwa dzikir menimbulkan keadaan sangat rileks sehingga metabolisme tubuh menurun, denyut jantung melambat, tekanan darah turun, dan napas menjadi lebih tenang dan lebih teratur. Kondisi ini bukan hanya memungkinkan tubuh melakukan proses detoksifikasi, dari usus, kandung kemih, ginjal, paru-paru, serta kulit, namun juga bermanfaat untuk memperbaiki bagian-bagian yang rusak dan membangun kembali system pertahanan tubuh (antibody) yang lemah disamping mengoptimalkan fungsi otak. Smeltzer & Bare (2009) menyatakan bahwa relaksasi dapat menghambat sistem saraf simpatis yang mempengaruhi frekuensi jantung, pernafasan dan glukosa darah.

b. Proses *Tahalli* (pengisian atau revitalisasi)

Tahap ini merupakan proses pengisian atau revitalisasi dan memperbaiki system pertahanan tubuh setelah melewati tahap penghampaan. Tahap ini diisi dengan bacaan-bacaan dzikir berupa ayat Al-Quran, *Asma'ul-Husna* dan *do'a syifa'* (kesembuhan). Pada tahap ini kondisi jiwa harus dalam keyakinan tinggi bahwa Allah melihat apa yang kita perbuat dan mengabulkan apa yang kita minta. Dalam arti lebih dalam, kita berupaya untuk menyerap kualitas asma-asma Allah kedalam diri (Zamry, 2012).

c. Proses *Tajalli* (tahap perwujudan)

Tahap ini merupakan tahap perwujudan dari dzikir dan penghayatan dalam bentuk perilaku sehari-hari setelah sembuh dari penyakit. Ini tahap akhir dari proses penyembuhan, dimana seseorang yang sakit diwajibkan mengubah tingkah laku dan gaya hidup mereka menjadi gaya hidup yang seimbang dan akhlak yang mulia.

Beberapa adab atau tata karma yang dianjurkan dalam berdzikir yaitu; (1) dalam keadaan suci dan bersih, (2) didasari dengan niat untuk beribadah, (3) didahului dengan memuji dan memohon ampunan kepada Allah, (4) dilakukan dengan sopan dan Ta'zhim, (5) tidak bercampur dengan kesyirikan, (6) dilakukan dengan penuh khusyu', (7) menangis ketika mengingat Allah, (8) merendahkan suara. (Amin & Alfandi, 2008).

5. **Tata cara dzikir**

Berikut akan dijelaskan tata cara dzikir mulai dari persiapan tempat, pasien hingga bacaan dzikir yang digunakan:

a. Pemilihan tempat

Menurut Ibnu Abbas dalam Saleh (2010) zikir dapat dilakukan kapan saja dan dimana saja. Mesjid adalah tempat yang paling utama untuk berdzikir. Namun pada dasarnya dimanapun tempatnya berdzikir boleh dilakukan kecuali tertentu yang dilarang seperti toilet. Tempat yang dianjurkan adalah tempat yang nyaman, sejuk, dan beraroma segar.

b. Kata Kunci

Gunakan satu kata kunci (*password*) yang dapat mencerminkan keimanan kemudian mulai berdzikir dengan teknik *takhalli*. Kata kunci merupakan pengantar menuju tahapan berikutnya. Kata kunci berupa menyebutkan *Allah, Allah, Allah...*, Kalimah *Allah* akan mengaktifkan keimanan sekaligus menentramkan jiwa. Hal ini ditegaskan Allah dalam

firman-Nya “kemudian menjadi tenang kulit dan hati mereka diwaktu mengingat Allah” (Qs. Az-Zumar: 23).

c. Atur posisi nyaman

Ulama Sufi telah mengembangkan berbagai posisi dan teknik berdzikir seperti: duduk iktikaf, duduk tawaruk, duduk bersila, dan sujud, serta tarian sufi. Pada dasarnya respon dzikir dapat dibangkitkan dengan sikap duduk apapun selama tidak mengganggu konsentrasi sebagaimana firman Allah “ (*yaitu) orang-orang yang mengingat Allah sambil berdiri atau duduk atau dalam keadaan berbaring* (Qs Ali Imran: 91). Pada prinsipnya, beragam posisi yang dikembangkan adalah merupakan upaya mencapai kekhusyukan dan mencegah agar jangan tertidur (Zamry, 2012)

d. Pejamkan mata

Memejamkan mata dengan wajar dan rileks, dan hindari menutup mata kuat-kuat. Atau dapat juga dengan berdzikir di ruang yang gelap sehingga konsentrasi tetap dapat terjaga.

e. Pelemasan otot-otot kendurkan otot-otot mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan pinggang lalu diikuti dengan kepala, leher, dan pundak secara perlahan-lahan. Ulurkan lengan dan tangan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai diatas lutut dengan telapak tangan terbuka dalam posisi sedang berdoa.

f. Bacaan Dzikir

Bacaan dzikir dapat berupa *Al-Baqiyyatush-Shalihah (tasbih, tahmid, takbir, tahlil, dan alhauqalah), Istigfar, isti'adzah, Basmalah, Hasbalah, Asma'ul Husna*, dan membaca ayat-ayat Al-Quran.

g. Pengaturan napas

Bernapas memegang peranan yang sangat penting dalam menghubungkan antara pikiran dan tubuh. Saat berdzikir benar-benar disadari kapan menarik dan mengeluarkan nafas sehingga akan timbul kesadaran pentingnya bernapas dan membuat paru-paru mempunyai daya tampung oksigen yang lebih besar. Bernapaslah secara perlahan

dan wajar tanpa memaksakan iramanya, pada saat ini kondisi jiwa harus penuh rasa syukur karena masih dapat bernapas, dan mulailah mengucapkan kalimah *Allah, Allah, Allah....* Seiring dengan irama nafas.

h. Pertahankan sikap berserah diri

Sikap berserah diri (*tawakkal*) tanpa daya dan upaya (*lahaula*) merupakan aspek penting dalam membangkitkan respon dzikir. Jika muncul pikiran atau perasaan yang mengganggu seperti terganggu oleh kebisingan dilingkungan sekitar dan rasa nyeri, maka pertahankan sikap pasif, sampaikan dan serahkan semuanya kepada Allah.

i. Penetapan waktu

Dzikir dapat dilakukan kapanpun dan dalam situasi apapun. Ada beberapa waktu yang paling baik untuk berdzikir yaitu, setelah shalat, ketika mendapat musibah, dan sepertiga malam (Amin & Al-Fandi). Menurut Zamry (2012) dzikir dilakukan minimal 21 menit dan maksimal tidak ada batasan waktu (lakukan semampunya) dua kali sehari (pagi dan sore) waktu yang baik untuk berdzikir adalah sebelum makan atau 2 jam setelah makan, karena selama berdzikir aliran darah disalurkan ke kulit, otot-otot lengan, kaki, dan otak serta menjauh dari perut. Akibatnya efek akan bersaing dengan proses pencernaan makanan.

6. Langkah-langkah relaksasi dzikir

Sebelum melakukan dzikir menurut Zamry (2012)

- a. Kondisikan lingkungan yang tenang
- b. Berwudu atau tayamum
- c. Gunakan pakaian penutup aurat
- d. Hilangkan semua kekhawatiran duniawi, masalah dengan orang lain, dan perasaan negatif dari pikiran Anda

- e. Pilih posisi yang nyaman, seperti duduk dikursi, bersila, berbaring, atau seperti posisi shalat
- f. Tenangkan diri sampai benar-benar nyaman
- g. Pejamkan mata dengan santai, lidah ditekuk dan disentuhkan ke langit-langit, dan tarik pusar kedalam perut serta fokuskan perhatian ke hati Anda.
- h. Anda harus yakin bahwa dzikir akan membuat batin menjadi tenang sehingga berpengaruh terhadap penurunan rasa nyeri an

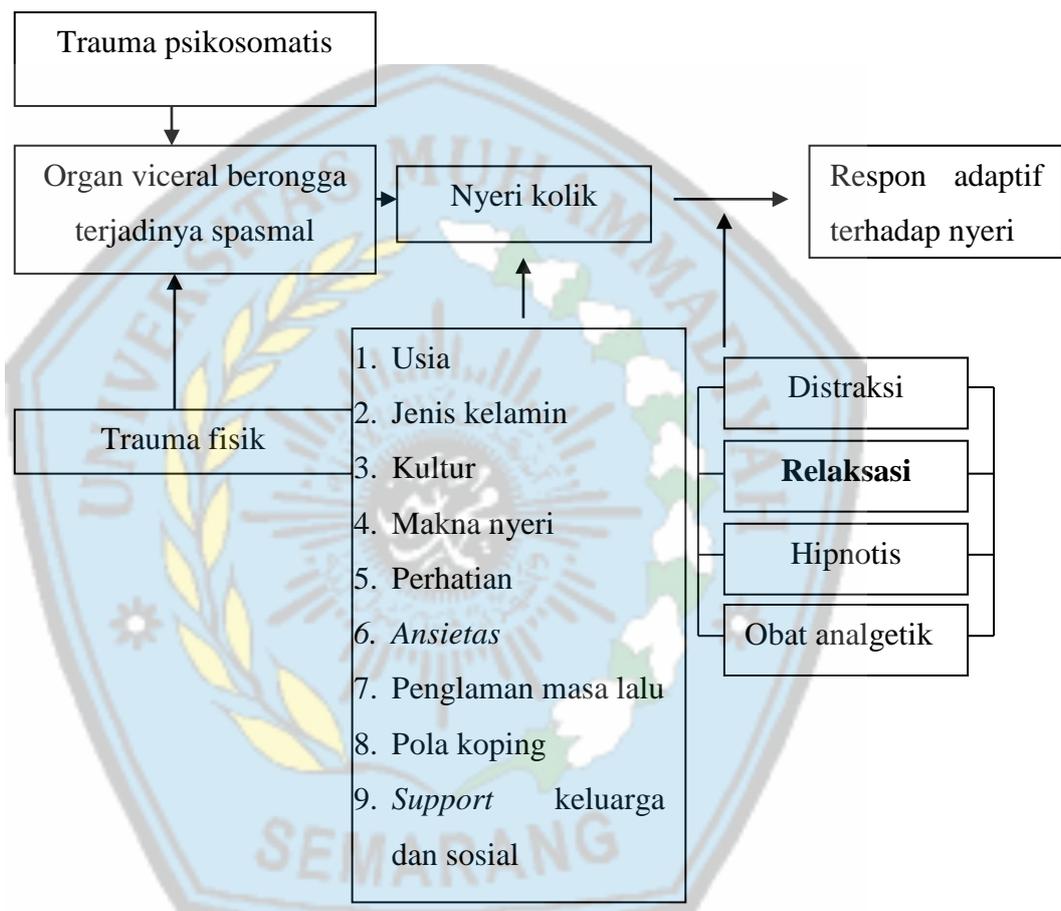
Pelaksanaan relaksasi dzikir Khafi

- a. Niat
- b. Posisi rileks tidur telentang
- c. Nafas dalam (10 detik) dengan cara tarik nafas melalui hidung, tahan beberapa saat dan lepaskan melalui mulut dengan perlahan.
- d. Pejamkan mata perlahan dengan tenang.
- e. Mulailah melemaskan otot mulai leher, punggung, bahu, lengan, perut, pinggang, paha, betis dan, kaki.
- f. Mulailah menyebutkan kata atau kalimat *Allah... Allah... Allah...* (sampai 100 kali) dalam hati dengan tenang secara perlahan dilanjutkan dengan bacaan dzikir *Al-Baqiyyatush-Shalihah (Tasbih subhanallah), tahmid (Alhamdulillah), takbir (allahuakbar), tahlil (la ilaha ilallah), dan alhauqalah (la haulawalaquwwata illa billah)* masing-masing 33 kali.
- g. Setelah berdzikir, tutuplah dengan *shalawat* dan ucapkan *al-hamdulillah, sadaqallahul-azhim*. Tarik nafas dalam-dalam lalu tahan dirongga dada semampunya, lalu lepaskan sambil membaca surat *Al-Fatihah*. Buka mata semampunya dan kemudian dengan pelan merubah posisi untuk mempertahankan kenyamanan
- h. Jika muncul rasa apapun, gambaran masa lalu atau suara masa lalu yang tidak nyaman, pasrah saja, terima atau lepaskan dengan ikhlas. Jika ingin

menangis, menangislah, biarlah semua perasaan keluar dan biarkan beban terlepas.

- i. Bebaskan diri dari segala beban yang mungkin tersimpan di dalam diri.
- j. Kuncinya pasrah dan ikhlas

C. Kerangka Teori



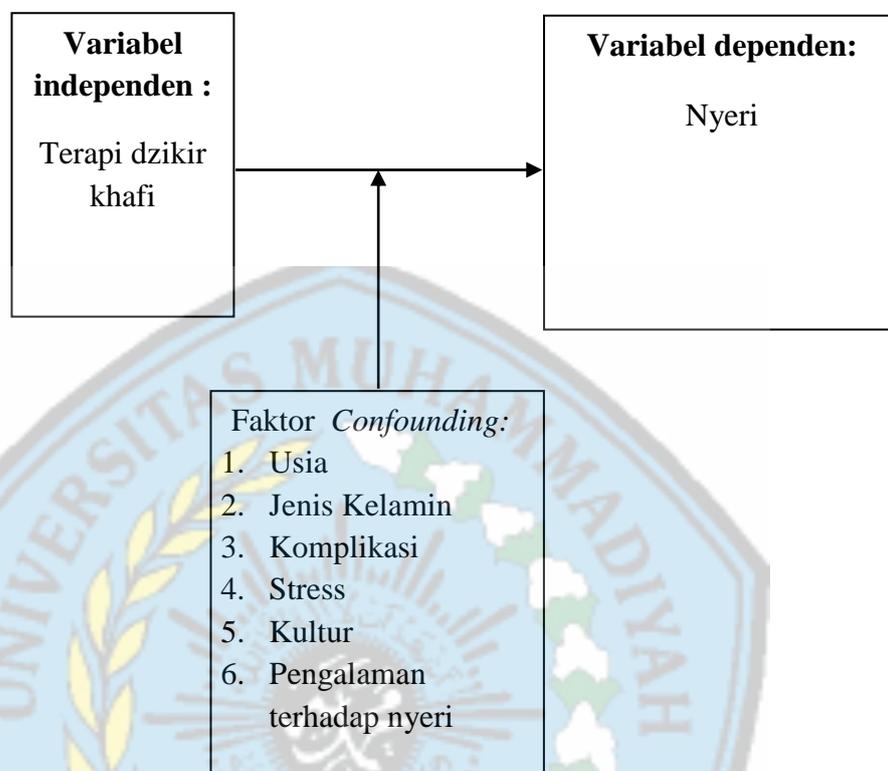
Skema 2.1 Kerangka teori

(Sja'bani, 2009; Smeltzer & Bare, 2002)

D. Kerangka Konsep

Kerangka penelitian yang dikembangkan dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah terapi dzikir Khafi sedangkan variabel dependen adalah

skala nyeri. Karakteristik (faktor konfounding) yang dapat membedakan antara skala nyeri adalah usia, jenis kelamin, komplikasi, dan stress.



Skema 2.2

Kerangka Konsep Penelitian

E. Variabel

Variabel independen dari penelitian ini adalah relaksasi dzikir Khafi. Sedangkan variabel terikat pada penelitian ini adalah nyeri kolik di IGD RSU PKU Muhammadiyah Gubug.

F. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep diatas, hipotesis alternatif (H_a) penelitian adalah: Ada perbedaan skala nyeri kolik sebelum dan setelah perlakuan relaksasi dzikir Khafi dengan skala nyeri pada pasien nyeri kolik. Skala nyeri kolik kelompok yang mendapat perlakuan relaksasi dzikir Khafi lebih rendah daripada kelompok yang tidak mendapat perlakuan relaksasi dzikir Khafi.