

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Nyeri

2.1.1 Pengertian

Nyeri (*Pain*) berasal dari bahasa Latin yaitu *Peone* dan dalam bahasa Yunani yaitu *Poine* yang artinya penalti atau hukuman. Berdasarkan *International Association for Study Pain* (IASP) tahun 2014, nyeri dapat didefinisikan sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan bisa berhubungan dengan adanya atau potensi rusaknya jaringan atau keadaan yang mampu menggambarkan kerusakan pada jaringan tersebut (Latief, 2015).

Nyeri merupakan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif dan adanya reaksi pada panca indera dengan adanya stimulus nyeri (Potter & Perry, 2013). Menurut Andarmoyo (2013) nyeri adalah kondisi ketidaknyamanan yang disebabkan oleh efek dari berbagai penyakit tertentu atau salah satunya akibat yang ditimbulkan dari cedera. Sedangkan Kozier & Erb (2015) mengatakan bahwasannya nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan bagi seseorang yang mengalaminya dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain.

Berdasarkan beberapa teori di atas maka dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan suatu sensasi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan baik di sengaja maupun tidak dengan adanya reaksi akibat stimulus nyeri.

2.1.2 Etiologi

Nyeri disebabkan oleh beberapa hal yaitu diantaranya trauma, mekanik, *thermos*, elektrik, *neoplasma* (jinak dan ganas), peradangan (*inflamasi*), gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah serta yang terakhir adalah trauma *psikologis* (Handayani, 2015).

Nyeri tidak hanya dapat dihasilkan oleh suatu stimulus saja. Nyeri pada umumnya dihubungkan dengan beberapa proses patologis spesifik. Salah satu kelainan yang mengakibatkan rasa nyeri mencakup infeksi, inflamasi, trauma, kelainan degenerasi, keadaan toksik metabolismik atau neoplasma (Nanda, 2014). Penyebab nyeri dapat juga muncul karena adanya distorsi mekanis ujung-ujung saraf misalnya salah satunya karena meningkatnya tekanan di dinding organ. Selain itu, nyeri juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu umur, lingkungan, kelelahan, riwayat nyeri sebelumnya, dll. Umumnya rasa nyeri yang hebat disebabkan oleh karena trauma, iskemia, atau inflamasi disertai kerusakan jaringan yang mampu menyebabkan terlepasnya suatu zat kimia tertentu yang sangat berperan dalam merangsang ujung-ujung saraf perifer (Nanda, 2014).

2.1.3 Tanda dan Gejala Nyeri

Terdapat tanda dan gejala nyeri sangat bermacam-macam. Perilaku yang tercermin dari pasien yang mengalami nyeri. Secara umum orang yang mengalami nyeri akan didapatkan respon psikologis diantaranya yaitu berupa :

1. Suara: seperti menangis, merintih, menarik/menghembuskan nafas
2. Ekspresi wajah: misalnya meringis
3. Menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat/ membuka mata atau mulut dan menggigit bibir
4. Pergerakan tubuh: Seperti kegelisahan, mondar – mandir, gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi dan otot tegang.
5. Interaksi sosial: Berupa menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri dan disorientasi waktu (Mohamad, 2015).

2.1.4 Klasifikasi

Berdasarkan klasifikasi nyeri menurut Potter & Perry (2013) adalah sebagai berikut :

1. Nyeri berdasarkan tempatnya, dibedakan menjadi empat bagian,

yaitu :

- a. *Pheriperal pain*

Pheripral Pain merupakan suatu nyeri yang terasa pada bagian permukaan tubuh. Nyeri ini termasuk nyeri pada

bagian kulit dan permukaan kulit. Memberikan stimulus yang baik bisa menimbulkan rasa nyeri dikulit dan dapat berupa rangsangan mekanis, suhu, kimiawi dan listrik. Apabila hanya pada bagian kulit yang terlibat, nyeri sering dirasakan sebagai menyengat, tajam, meringis, atau seperti rasa terbakar.

b. Deep pain

Deep pain merupakan nyeri pada permukaan tubuh yang lebih terasa biasanya bagian dalam (nyeri somatik) atau pada organ tubuh *visceral*. Nyeri somatis mengacu pada nyeri yang biasanya berasal dari otot, tendon, *ligament*, tulang, sendi dan arteri. Struktur-struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokalisasi sering tidak jelas.

c. Referred pain

Referred pain merupakan nyeri yang disebabkan karena penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang mampu ditransmisikan ke beberapa bagian tubuh yang terdapat di daerah yang berbeda bukan dari daerah asalnya misalnya, seperti nyeri pada lengan kiri atau rahang berkaitan dengan iskemia jantung atau serangan jantung.

d. Central pain

Central pain merupakan nyeri yang disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf pusat seperti *spinal cord*, batang otak, *thalamus*, dan lain-lain.

2. Nyeri berdasarkan sifatnya dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

a. *Incidental pain*

Incidental pain merupakan salah satu nyeri yang biasa timbul sewaktu-waktu lalu menghilang kemudian. Nyeri ini sering terjadi pada pasien yang mengalami penyakit kanker tulang.

b. *Steady pain*

Steady pain merupakan nyeri yang umumnya dapat timbul dan menetap serta dirasakan dalam jangka waktu yang cukup lama. Pada distensi renal kapsul dan iskemik ginjal akut merupakan salah satu jenis nyeri *Steady Pain*.

c. *Proximal pain*

Proximal pain merupakan salah satu bagian nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut umumnya dapat menetap selama kurang lebih sekitar 10-15 menit, lalu menghilang kemudian timbul lagi.

3. Nyeri berdasarkan ringan beratnya dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

a. Nyeri ringan

Nyeri ringan merupakan rasa nyeri yang timbul dengan intensitas ringan. Nyeri ringan ini biasanya pasien secara objektif mampu berkomunikasi dengan baik seperti orang normal.

b. Nyeri sedang

Nyeri sedang merupakan rasa nyeri yang timbul dengan intensitas yang sedang. Nyeri sedang ini secara objektif pasien mendesis, menyerengai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dan mendeskripsikannya, pada nyeri sedang ini dapat mengikuti perintah dengan baik.

c. Nyeri berat

Nyeri berat merupakan salah satu nyeri yang timbul dengan intensitas berat. Nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak mampu mengikuti suatu perintah dari orang lain tapi masih respon terhadap tindakan, seperti dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya dan tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.

4. Nyeri berdasarkan waktu serangan dibagi ke dalam dua yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang mereda setelah dilakukan intervensi dan penyembuhan. Gejala nyeri akut biasanya sering mendadak dan sangat berkaitan dengan masalah spesifik yang memicu individu untuk segera bertindak menghilangkan nyeri. Nyeri ini berlangsung singkat (biasanya kurang dari 6 bulan) dan menghilang apabila faktor internal dan eksternal yang merangsang reseptor nyeri dapat dihilangkan. Durasi nyeri akut berkaitan dengan faktor

penyebabnya dan umumnya mampu diperkirakan (Asmadi, 2015).

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung terus menerus selama 6 bulan bahkan lebih. Nyeri kronis berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak bisa dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis ini sangat berbeda dengan nyeri akut dan mampu menunjukkan masalah baru, nyeri ini biasanya sering mempengaruhi semua aspek kehidupan penderitanya dan menimbulkan *distress*, (Potter & Perry, 2013).

2.1.5 Pengukuran Nyeri

1. Derajat Nyeri

Pengukuran derajat nyeri sebaiknya harus dilakukan dengan tepat karena derajat nyeri ini sangat dipengaruhi faktor subyektif seperti faktor fisiologis, psikologis dan lingkungan, sehingga anamnesis berdasarkan pelaporan mandiri pada pasien yang bersifat sensitif dan konsisten sangat penting. Keadaan dimana tidak mungkin mendapatkan penilaian mandiri pasien seperti pada keadaan gangguan kesadaran, gangguan kognitif, pasien pediatrik, kegagalan komunikasi, tidak adanya kerjasama atau ansietas berat dibutuhkan pengukuran yang lain. Nyeri ini ditetapkan sebagai

tanda vital kelima yang bertujuan untuk bisa meningkatkan kepedulian akan adanya rasa nyeri dan diharapkan dapat memperbaiki tatalaksana nyeri akut (Mardana & Aryasa, 2017).

Berbagai cara dipakai untuk bisa mengukur derajat nyeri, cara yang paling sederhana yaitu dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif yaitu sebagai berikut:

- a. Nyeri ringan adalah kondisi nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur.
- b. Nyeri sedang adalah kondisi nyeri yang terus menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur.
- c. Nyeri berat adalah kondisi nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur (Mardana & Aryasa, 2017)

2. Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas nyeri merupakan sebuah laporan mandiri tentang nyeri. Perawat bisa mendapatkan laporan mandiri ini dengan meminta klien untuk bisa mengukur nyeri pada skala yang harus mereka bayangkan atau menunjukkan skala yang ada pada klien. Individu yang mengalami nyeri akan mungkin mendapatkan kesulitan untuk bisa berkonsentrasi pada tugas mental dan merasa kesulitan dalam berespons terhadap skala yang harus mereka

bayangkan. Di beberapa rumah sakit sangat menguntungkan jika disediakan salinan skala intensitas nyeri di tempat yang dapat dilihat dengan jelas oleh tiap klien, biasanya ditempelkan di dinding sebelah tempat tidur (Black & Hawks, 2014). Intensitas nyeri merupakan salah satu gambaran untuk mendeskripsikan seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh klien, pengukuran nyeri sangat subjektif dan bersifat individual sehingga intensitas nyeri yang dirasakan akan berbeda dengan individu lainnya (Tamsuri, 2015).

Skala pengukuran nyeri pada anak prasekolah diantaranya bisa menggunakan skala *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*, *FLACC*, *VAS (Visual Analog Scale)*, *Verbal Rating Scale (VRS)*. Namun untuk RSUD Majalaya sudah memiliki standar pengukuran nyeri pada anak sekolah berupa *FLACC*. Pengukuran nyeri pada anak prasekolah menggunakan skala nyeri *FLACC* (*Face Legs Activity Cry Consolability*) (SOP RSUD Majalaya, 2019) dengan kriteria sebagai berikut:

Tabel 2.1
Instrumen FLACC (*Face Legs Acitivity Cry Consolability*)

Kriteria	Skor 0	Skor 1	Skor 2	Skor
Wajah	Tidak ada ekspresi tertentu atau senyum	Sesekali meringis atau mengerutkan kening, menarik diri, tidak tertarik	Sering mengerutkan kening, rahang terkatup, dagu gemetaran	

Kriteria	Skor 0	Skor 1	Skor 2	Skor
Kaki	Posisi normal atau santai	Cemas, gelisah, tegang	Menendang atau menarik kaki	
Aktivitas	Berbaring tenang, posisi normal, bergerak mudah	Menggeliat, mondramandir, tegang	Melengkung, kaku atau menyentak	
Tangis	Tidak ada teriakan (terjaga atau tidur)	Mengerang atau merintih, mengeluh	Menangis terus, sering mengeluh	
Consolability	Puas/senang, santai	Sesekali diyakinkan dengan sentuhan, pelukan atau diajak bicara, dialihkan	Sulit untuk dihibur atau dibuat nyaman	
Total Skor				
Kriteria: 0 : Tidak Nyeri 1-3: Nyeri Ringan 3-6 : Nyeri Sedang 7-10 : Nyeri Berat				

Sumber: (SOP RSUD Majalaya, 2019)

2.1.6 Mekanisme Nyeri

Ada beberapa teori yang menjelaskan mekanisme nyeri. Teori tersebut diantaranya adalah sebagai berikut : (Asmadi, 2015)

1. Teori Spesifik

Otak dapat menerima sebuah informasi mengenai objek eksternal dan struktur tubuh melalui saraf sensoris. Dalam Saraf sensoris untuk setiap indra perasa bersifat spesifik, artinya saraf sensoris dingin hanya dapat diransang oleh sensasi dingin. Menurut teori ini,

timbulnya sensasi nyeri sangat berhubungan dengan pengaktifan ujung-ujung serabut saraf bebas oleh perubahan mekanik, ransangan kimia atau temperature yang berlebihan, persepsi nyeri yang dibawa serabut saraf nyeri diproyeksikan oleh spinotalamik ke spesifik pusat nyeri di thalamus.

2. Teori Intensitas

Nyeri adalah hasil ransangan yang berlebihan pada reseptor. Setiap ransangan sensori berpotensi untuk mampu menimbulkan nyeri jika intensitasnya cukup kuat.

3. Teori *gate control*

Teori ini menjelaskan mengenai mekanisme transisi nyeri. Kegiatannya tergantung pada aktifitas saraf afferen berdiameter besar atau kecil yang mampu memengaruhi sel saraf di substansia gelatinosa. Aktivitas serat yang berdiameter besar menghambat transmisi yang artinya pintu di tutup sedangkan serat saraf yang berdiameter kecil akan mempermudah transmisi yang artinya pintu dibuka.

2.1.7 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Potter & Perry (2013) diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Usia

Persepsi nyeri sangat dipengaruhi oleh usia, yaitu jika semakin bertambah usia maka semakin mentoleransi rasa nyeri yang timbul,

kemampuan untuk bisa memahami dan mengontrol nyeri kerap kali berkembang dengan bertambahnya usia.

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor penting dalam merespons adanya nyeri. Pada umumnya tidak ada perbedaan yang signifikan antara laki-laki dalam merespon nyeri tetapi pada anak perempuan lebih cenderung menangis bila mengalami nyeri dibandingkan anak laki-laki.

3. Lingkungan

Lingkungan bisa mempengaruhi persepsi nyeri, pada lingkungan yang ribut dan terang dapat meningkatkan intensitas nyeri. Selain dari itu dengan adanya hospitalisasi, berbagai alat-alat kesehatan yang ada di rumah sakit dan juga tindakan invasif akan memberikan pengaruh terhadap intensitas nyeri yang dirasakan (Winahyu, 2013).

4. Keadaan umum

Kondisi fisik yang menurun, seperti kelelahan dan kurangnya asupan nutrisi mampu meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien. Begitu juga adanya rasa haus, dehidrasi dan lapar akan meningkatkan persepsi nyeri

5. Endorfin

Tingkatan endorphin berbeda-beda antara satu orang dan yang lainnya. Hal ini dapat menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda dengan yang lainnya.

6. Situasional

Pengalaman nyeri klien pada situasi formal akan lebih mudah terasa dan lebih besar dari pada saat sendirian. Persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh trauma pada jaringan.

7. Status emosi

Status emosional sangat memegang peranan yang sangat penting dalam persepsi rasa nyeri karena akan meningkatkan persepsi dan membuat impuls rasa nyeri lebih cepat disampaikan. Adapun status emosi yang sangat mempengaruhi persepsi rasa nyeri pada individual dapat berupa kecemasan, ketakutan dan kekhawatiran.

8. Pengalaman yang lalu

Adanya pengalaman nyeri sebelumnya akan dapat mempengaruhi respons nyeri pada klien (Potter & Perry, 2013).

2.1.8 Penatalaksanaan Nyeri

Adapun Penatalaksanaan nyeri ada dua cara yaitu : (Potter & Perry, 2013)

1. Intervensi Farmakologis

a. Analgesik

Obat golongan analgesik akan mampu merubah persepsi dan interpretasi nyeri dengan jalan mendepresi sistem saraf pusat pada Thalamus dan Korteks Cerebri. Analgesik akan lebih baik diberikan sebelum klien merasakan nyeri yang berat dibandingkan

setelah mengeluh nyeri. Untuk alasan ini maka analgesik sangat dianjurkan untuk diberikan secara teratur dengan interval, seperti setiap 4 jam setelah pembedahan. Terdapat dua klasifikasi mayor dari analgesik, yaitu:

1) *Narcotic (strong analgesics)*

Termasuk didalamnya adalah : derivat opiate seperti morphine dan codein. Narkotik dapat menghilangkan nyeri dengan merubah aspek emosional dari pengalaman nyeri Perubahan mood dan perilaku dan perasaan sehat membuat seseorang akan merasakan nyaman meskipun nyerinya masih timbul.

2) *Nonnarcotics (Mild analgesics)*

Mencakup derivat dari : Asam Salisilat (aspirin); Paraaminophenols (phenacetin); Pyrazolon (Phenylbutazone)

3) Analgesik kombinasi

Kombinasi dari analgesik kuat (*strong analgesics*) dengan analgesik ringan (*mild analgesics*), contohnya : Tylenol #3, merupakan kombinasi dari acetaminophen sebagai obat analgesik nonnarkotik dengan codein, 30mg.

b. Plasebo

Plasebo merupakan salah satu obat yang tidak mengandung komponen obat analgesik (seperti : gula, larutan garam/normal saline, atau air) tetapi hal ini dapat menurunkan rasa nyeri. Hal itu karena faktor persepsi kepercayaan klien.

2. Intervensi Non Farmakologis

a. Distraksi

Distraksi dapat mencakup memfokuskan perhatian pada pasien sesuatu selain pada nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang dapat mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Distraksi juga dapat berkisar dari hanya pencegahan monoton sampai menggunakan aktivitas fisik dan mental yang sangat kompleks. Salah satu upaya distraksi seperti pemberian audio visual yang mampu mengalihkan perhatian.

b. Stimulasi *masase kutaneus*

Beberapa strategi untuk penghilang nyeri nonfarmakologis, termasuk menggosok kulit dan menggunakan panas dan dingin, adalah berdasarkan mekanisme ini. Masase merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada bagian punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian reseptor yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden.

c. Terapi es atau panas

Terapi es (dingin) atau panas dapat menjadi strategi pereda nyeri yang baik pada saat kondisi apapun. Terapi es dan panas dapat bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non-nosiseptor*)

dalam bidang reseptor yang sama. Terapi es ini mampu menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensivitas reseptor nyeri. Penggunaan panas mempunyai keuntungan yaitu untuk meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

d. Stimulasi saraf elektris transkutan (TENS)

TENS menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS diduga menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non mentransmisikan nyeri). Penjelasan lain untuk baiknya TENS merupakan salah satu efek placebo (pasien mengharapkannya agar berhasil) dan pembentukan endorfin, yang juga memblok transmisi nyeri.

e. Hipnosis

Hipnosis bagus dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Teknik ini mungkin dapat membantu dalam memberikan peredaan nyeri terutama dalam situasi sulit. Mekanisme bagaimana kerjanya hipnosis tidak jelas tetapi tampak diperantarai oleh sistem endorfin (Potter & Perry, 2013).

2.1.9 Prosedur Distraksi Penanganan Nyeri

Prosedur distraksi dalam penanganan nyeri diantaranya sebagai berikut (Asmadi, 2015):

- 1. Distraksi visual**

Distraksi visual merupakan salah satu jenis distraksi yang menggunakan dengan indra melihat. Contoh distraksi visual adalah dengan melihat majalah, pemandangan, dan gambar.

- 2. Distraksi pendengaran (audio)**

Distraksi audio merupakan salah satu jenis distraksi yang menggunakan indra mendengar. Salah satu contoh distraksi pendengaran dapat berupa mendengarkan musik yang disukai, suara burung, atau gemercik air. Klien diminta untuk memilih musik yang disukai dan musik yang tenang, seperti musik klasik. Klien diarahkan untuk dapat berkosentrasi pada lirik dan irama lagu. Klien juga dianjurkan supaya mampu menggerakkan tubuh mengikuti irama lagu, seperti bergoyang, mengetukkan jari atau kaki.

- 3. Distraksi pernafasan**

Distraksi pernafasan ini dilakukan dengan beberapa tahap yakni tahap pertama, yaitu bernafas ritmik. Klien dianjurkan untuk mampu memandang fokus pada satu objek atau memejamkan mata, kemudian untuk melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan satu sampai empat (dalam hati), lalu menghembuskan nafas melalui mulut secara perlahan dengan menghitung satu sampai empat

(dalam hati). Klien dianjurkan untuk mampu berkosentrasi pada sensasi pernafasan serta terhadap gambar yang memberi ketenangan, lanjutkan teknik ini hingga terbentuk suatu pola pernafasan ritmik. Tahap kedua, yaitu bernafas ritmik dan massase, klien diinstruksikan untuk melakukan pernafasan ritmik dan pada saat yang bersamaan lakukan massase pada bagian tubuh yang mengalami nyeri dengan melakukan pijatan atau gerakan memutar di area nyeri.

4. Distraksi intelektual

Distraksi intelektual bisa dilakukan dengan beberapa cara seperti mengisi teka-teki silang, bermain kartu, melakukan kegemaran (ditempat tidur), misalnya mengumpulkan perangko atau menulis cerita. Pada anak bisa juga digunakan teknik menghitung benda atau barang yang ada di sekeliling anak.

5. Teknik sentuhan

Distraksi sentuhan salah satu bagian distraksi dengan memberikan sentuhan pada lengan, mengusap, atau menepuk-nepuk tubuh klien. Tindakan ini dapat digunakan untuk mengaktifkan saraf lainnya guna menerima respons atau teknik *gateway control*. Teknik sentuhan ini memungkinkan impuls yang berasal dari saraf penerima input sakit atau nyeri tidak sampai ke medula spinalis sehingga otak tidak mampu menangkap respons sakit atau nyeri tersebut. Impuls yang berasal dari input saraf nyeri tersebut diblok oleh input saraf

yang menerima rangsang sentuhan karena saraf yang menerima sentuhan lebih besar dari saraf nyeri.

6. Distraksi audiovisual

Distraksi audiovisual merupakan salah satu jenis distraksi gabungan dari distraksi audio dan distraksi visual. Contoh distraksi audiovisual ini adalah dengan menonton animasi kartun yang menggunakan media film kartun dalam pelaksanaannya. Media film kartum adalah media berupa sebuah gambar yang bergerak disertai dengan suara. Kartun ini biasanya disebut dengan animasi 2 dimensi. Kartun berasal dari kata *Cartoon* yang berarti gambar lucu. Teknik ini dapat menggunakan bantuan dari media elektronik seperti TV, Tablet, *Handphone*, dan lain-lain tergantung dari usia anak, untuk anak usia dini dapat menggunakan media yang sesuai dengan ukuran tubuhnya agar anak dapat menikmati animasi kartun yang diberikan. Anak-anak menyukai unsur-unsur seperti gambar, warna dan cerita pada film kartun animasi. Unsur-unsur lain seperti gambar, warna, cerita, dan emosi (senang, sedih, seru, bersemangat) yang terdapat pada film kartun merupakan unsur otak kanan dan suara yang timbul dari film tersebut merupakan unsur otak kiri. Sehingga dengan menonton film kartun animasi otak kanan dan otak kiri anak pada saat yang bersamaan digunakan dua-duanya secara seimbang dan anak fokus pada film kartun (Windura, 2015).

2.2 Hospitalisasi

2.2.1 Pengertian

Hospitalisasi pada anak merupakan bagian dari suatu proses karena alasan yang direncanakan atau darurat mengharuskan anak untuk tetap tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai anak dapat dipulangkan kembali ke rumah. Selama dalam proses tersebut, anak dapat mengalami berbagai kejadian berupa pengalaman yang sangat traumatis dan penuh dengan stres (Supartini, 2011).

Reaksi anak terhadap sakit dan *hospitalisasi* pada umumnya yaitu kecemasan karena perpisahan, tidak bisa bermain seperti biasanya, kehilangan, perlukaan tubuh dan rasa nyeri. Kecemasan anak selama *hospitalisasi* juga biasa terjadi karena adanya stresor berupa perpisahan dengan keluarga, kehilangan kontrol, dan ketakutan akan perlukaan terhadap anggota tubuh (Alfiyanti, 2017). Kecemasan dan stress yang dialami anak saat *hospitalisasi* dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor dari petugas kesehatan (perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru dan keluarga yang mendampingi anak tersebut (Nursalam 2014).

2.2.2 Reaksi Anak yang Mengalami Hospitalisasi

Reaksi anak usia prasekolah terhadap perpisahan selama hospitalisasi biasanya dengan cara menolak makan, sering bertanya,

menangis secara perlahan dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Perawatan di rumah sakit mampu membuat anak kehilangan kontrol terhadap dirinya dan mengharuskan adanya pembatasan aktivitas anak sehingga anak merasa kehilangan kekuatan diri.

Hospitalisasi seringkali dipersepsikan anak usia prasekolah sebagai hukuman sehingga anak biasanya akan merasa malu, bersalah dan takut. Ketakutan anak terhadap perlukaan ini muncul karena anak menganggap tindakan dan prosedurnya dapat mengancam *integritas* tubuhnya. Oleh karena itu, hal ini dapat menimbulkan reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerjasama dengan perawat dan ketergantungan pada orangtua (Supartini, 2011). Kecemasan yang dialami anak pada saat dilakukan tindakan keperawatan dipengaruhi oleh kecemasan hospitalisasi yang terdiri dari tiga fase. Fase pertama adalah fase protes, gejala ini ditunjukkan dengan reaksi anak seperti menangis, menjerit, mencari dan memegang erat orangtua, menolak bertemu dan menyerang orang yang tidak dikenal. Fase kedua adalah fase putus asa, fase ini ditandai dengan anak tidak aktif, menarik diri dari orang lain, sedih, tidak tertarik terhadap lingkungan, tidak komunikatif, dan menolak makan atau minum. Pada fase ketiga yaitu fase penerimaan, anak mulai menunjukkan ketertarikan pada

lingkungan dan berinteraksi dangkal dengan orang lain atau perawat.

Pada hari pertama anak dirawat di rumah sakit, yang berarti anak berada pada fase pertama yaitu fase protes.

Pada fase ini, anak belum mampu melewati fase adaptasi, dimana untuk mencapai tahap penerimaan, karena tahap penerimaan biasanya terjadi setelah anak dirawat di rumah sakit dalam waktu lebih dari dua hari (Alfiyanti, 2015). Respon kecemasan anak akibat hospitalisasi lebih didominasi oleh respon kecemasan perpisahan (*separation anxiety*). Respon ini biasa terjadi karena anak harus berpisah dengan teman-teman, saudara kandung dan orang terdekatnya. Perilaku yang muncul akibat kejadian ini diantaranya anak menangis ketika pertama kali masuk ke rumah sakit, menolak perhatian selain dari orangtua, menangis ketika orangtua meninggalkan ruangan, tidak mau beraktivitas dan tidak menunjukkan minat terhadap kegiatan (Wong, 2013). Selain itu, kecemasan yang dialami anak selama *hospitalisasi* dapat menimbulkan dampak diantaranya proses penyembuhan anak akan terhambat, menurunnya semangat untuk sembuh dan tidak kooperatifnya anak terhadap tindakan pada perawatan (Supartini, 2011).

2.2.3 Dampak Hospitalisasi

Perubahan perilaku merupakan salah satu dampak hospitalisasi pada anak. Anak bereaksi stress pada saat sebelum, selama dan setelah hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak kecil setelah keluar dari rumah sakit biasanya mengalami kesepian, tidak mau lepas dari orang tua, menuntut perhatian dari orang tua dan takut perpisahan. Kecemasan yang dialami anak selama dilakukan tindakan keperawatan dipengaruhi oleh kecemasan *hospitalisasi* yang terdiri dari tiga fase. Fase pertama adalah fase protes, ditunjukkan dengan reaksi anak seperti menangis, menjerit, mencari dan memegang erat orangtua, menolak bertemu dan menyerang orang yang tidak dikenal. Fase kedua adalah fase putus asa, ditandai dengan anak tidak aktif, menarik diri dari orang lain, sedih, tidak tertarik terhadap lingkungan, tidak komunikatif, dan menolak makan atau minum. Pada fase ketiga yaitu fase penerimaan, anak mulai menunjukkan ketertarikan pada lingkungan dan berinteraksi dangkal dengan orang lain atau perawat. (Supartini, 2011).

2.2.4 Konsep Bermain dalam Hospitalisasi

Perawatan anak di rumah sakit merupakan pengalaman yang penuh dengan ketakutan, baik bagi anak maupun orang tua. Untuk itu

anak memerlukan media yang dapat mengekspresikan perasaan tersebut dan mampu bekerja sama dengan petugas kesehatan selama dalam perawatan. Media yang paling baik adalah melalui kegiatan permainan. Beberapa manfaat bermain di rumah sakit adalah memberikan pengalihan dan menyebabkan relaksasi. Hampir semua bentuk bermain seperti pemberian audio, visual ataupun audiovisual dapat digunakan untuk pengalihan perhatian terutama pada saat dilakukan tindakan invasif (Wong, 2015).

Alat mainan sebagai distraksi dapat diberikan pada anak dalam keadaan kondisi sakit ringan, dimana anak dalam keadaan yang membutuhkan perawatan dan pengobatan yang minimal. Pengamatan dekat dan tanda vital serta status dalam keadaan normal dan kondisi sakit sedang, dimana anak dalam keadaan yang membutuhkan perawatan dan pengobatan yang sedang, pengamatan dekat dan status psikologis dalam keadaan normal. Sedangkan anak dalam keadaan sakit berat tidak diberikan aktivitas bermain karena anak berada dalam status psikologis dan tanda vital yang belum normal, anak gelisah, mengamuk serta membutuhkan perawatan yang ketat (Wong, 2015).

Pada usia sekolah, anak sudah mulai melakukan imaginasi. Maka pengalihan perhatian yang yang dapat diberikan terutama pada saat dilakukan tindakan invasif yang harus dilakukan dengan segera

yaitu berupa audio, visual ataupun audiovisual seperti film kartun yang memiliki gambar dan suara menarik (Hardjadinata, 2016).

2.3 Anak Prasekolah

2.3.1 Pengertian Anak Prasekolah

Anak prasekolah adalah anak yang berusia antara 3-6 tahun. Dalam usia ini anak umumnya mengikuti program anak (3Tahun-5tahun) dan kelompok bermain (Usia 3 Tahun), sedangkan pada usia 3-6tahun biasanya mereka mengikuti program Taman Kanak- Kanak, (Patmonedowo, 2015).

Menurut Noorlaila (2015), dalam perkembangan ada beberapa tahapan yaitu: 1) sejak lahir sampai usia 3 tahun, anak memiliki kepekaan sensories dan daya pikir yang sudah mulai dapat “menyerap” pengalaman-pengalaman melalui sensorinya, usia setengah tahun sampai kira-kira tiga tahun, mulai memiliki kepekaan bahasa dan sangat tepat untuk mengembangkan bahsanya, 2) masa usia 2-4 tahun, gerakan-gerakan otot mulai dapat dikoordinasikan dengan baik, untuk berjalan maupun untuk banyakbergerak yang semi rutin dan yang rutin, berminat pada benda-benda kecil, dan mulai menyadari adanya urutan waktu (pagi, siang, sore, malam).

Rentang usia tiga sampai enam tahun, terjadi kepekaan untuk peneguhan sensoris, semakin memiliki kepekaan indrawi, khususnya pada usia 4 tahun memiliki kepekaan menulis dan pada usia 3-6 tahun memiliki kepekaan yang bagus untuk membaca. Anak prasekolah

adalah anak yang masih dalam usia 3-6 tahun, mereka biasanya sudah mampu mengikuti program prasekolah atau Taman Kanak-kanak.

2.3.2 Ciri-ciri Anak Prasekolah

Snowman (dalam Patmonodewo 2014), mengemukakan ciri-ciri anak prasekolah (3-6 tahun) yang biasanya ada di TK meliputi aspek fisik, emosi, social dan kognitif anak,yaitu: Ciri fisik anak prasekolah dalam penampilan maupun gerak gerik prasekolah mudah dibedakan dengan anak yang berada dalam tahapan sebelumnya yaitu umumnya anak sangat aktif, mereka telah memiliki penguasaan (kontrol) terhadap tubuhnya dan sangat menyukai kegiatan yang dilakukan sendiri.seperti memberikan kesempatan kepada anak untuk lari memanjat dan melompat.

Ciri sosial anak prasekolah biasanya bersosialisasi dengan orang di sekitarnya. Umumnya anak pada tahapan ini memiliki satu atau dua sahabat,tetapi sahabat ini cepat berganti,mereka mau bermain dengan teman. Sahabat yang dipilih biasanya sama jenis kelaminnya. Tetapi kemudian berkembang sahabat yang terdiri dari jenis kelamin yang berbeda.

Ciri emosional anak prasekolah yaitu cenderung mengekspresikan emosinya dengan bebas dan terbuka. Sikap marah sering diperlihatkan oleh anak pada usia tersebut, dan iri hati sering terjadi. Mereka sering kali memerlukan perhatian guru.

Ciri kognitif anak prasekolah umumnya telah terampil dalam bahasa. Sebagai besar dari mereka senang bicara,kususnya dalam kelompoknya. Sebaiknya anak diberi kesempatan untuk bicara. Sebagian mereka perlu dilatih untuk menjadi pendengar yang baik.

2.3.3 Tahap Perkembangan Anak Usia Prasekolah

Tahapan tumbuh kembang manusia yang paling memerlukan perhatian dan menentukan kualitas seseorang di masa mendatang adalah pada masa anak. Berikut merupakan perkembangan anak pada usia pra sekolah yaitu:

a. Perkembangan Fisik

Perkembangan fisik anak usia pra sekolah dimulai dari tiga tahun, empat tahun dan lima tahun. Pertumbuhan tinggi badan dengan rata-rata 6,75 cm sampai 7,5 cm per tahun dan umumnya terjadi pada perpanjangan tungkai kaki. Pada usia tiga tahun adalah 95 cm, pada usia empat tahun 103 cm, dan pada usia lima tahun adalah 110 cm . Pertambahan berat badan rata-rata per tahun adalah 2,225 kg dan pertambahan panjang badan anak rata-rata 5-7,5 cm setiap tahun.

b. Perkembangan Psikologis

Pada masa usia pra sekolah rasa ingin tahu (corious) dan daya imaginasi anak berkembang, sehingga anak banyak bertanya tentang segala hal di sekelilingnya yang tidak diketahuinya. Anak belum mampu membedakan hal yang abstrak dan konkret

sehingga orang tua sering menganggap anak berdusta padahal anak tidak bermaksud demikian. Anak juga akan mengidentifikasi figur atau perilaku orang tua sehingga mempunyai kecendrungan untuk meniru tingkah laku orang dewasa.

c. Perkembangan Kognitif

Anak pada usia pra sekolah berada dalam masa peralihan antara fase *preconceptual* dan *fase intuitive thought*. Saat anak berada pada fase *preconceptual* anak akan lebih menggunakan satu istilah untuk beberapa hal yang memiliki kemiripan atau memiliki ciri-ciri yang sama, misalnya menyebut nenek atau kakek kepada orang yang sudah tua, sudah bongkok, keriput, dan memakai tongkat, sedangkan anak yang berada pada fase *intuitive thought*, mereka sudah bisa memberikan alasan terhadap tindakan yang mereka lakukan. Anak usia pra sekolah memiliki asumsi bahwa setiap orang memiliki pemikiran yang sama seperti mereka, sehingga perlu menggali pemikiran mereka dengan pendekatan non verbal.

d. Perkembangan Spiritual

Pemahaman anak usia pra sekolah mengenai spiritualitas dipengaruhi oleh tingkat kognitif, pengetahuan tentang keyakinan, dan agama yang dipelajari dari keyakinan orang tuanya. Berdasarkan perkembangan rasa bersalah anak sering mempunyai persepsi yang kurang tepat mengenai suatu penyakit dianggap

sebagai hukuman. Pengalaman keikutsertaan dalam kegiatan keagamaan dapat membantu coping anak dalam menghadapi penyakit dan hospitalisasi

e. Perkembangan Sosial

Perkembangan sosial anak pada usia pra sekolah yaitu anak akan makin ingin untuk melakukan berbagai macam kegiatan yang disukainya. Pada masa ini anak akan dihadapkan dengan tuntutan sosial yang baru. Anak usia pra sekolah sudah mampu mengatasi banyak kecemasan yang berhubungan dengan orang asing dan ketakutan akan perpisahan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Anak usia pra sekolah dapat berhubungan dengan orang-orang yang tidak dikenal dengan mudah dan mentoleransi perpisahan singkat dari orang tuanya dengan sedikit atau tanpa protes. Namun anak usia pra sekolah masih membutuhkan perlindungan dari orang tua, bimbingan, dan persetujuan ketika memasuki masa pra sekolah (Ridha, 2014).

2.4 Media Audio : Musik

2.4.1 Pengertian Media Audio: Musik

Intervensi musik adalah sebuah terapi kesehatan yang menggunakan musik dimana tujuannya adalah untuk meningkatkan atau memperbaiki pertumbuhan, emosi, kognitif dan sosial bagi individu dari berbagai kalangan usia (Mahanani, 2013).

2.4.2 Kelebihan dan Kekurangan Media Audio: Musik

1. Kelebihan dari media audio musik diantaranya yaitu:
 - a. Lebih murah dari pada analgesia,
 - b. prosedur non-invasif, tidak melukai pasien
 - c. tidak ada efek samping,
 - d. penerapannya luas, bisa diterapkan pada pasien yang tidak bisa diterapkan terapi secara fisik untuk menurunkan nyeri (Young dan Koopsen, 2013).
2. Kekurangan dari media audio musik yaitu:
 - a. Media audio yang lebih banyak menggunakan suara dan bahasa verbal, hanya mungkin dapat dipahami oleh pendengar yang mempunyai tingkat penguasaan kata dan bahasa yang baik.
 - b. Kurang mampu menampilkan detail dari objek yang disajikan secara sempurna.
 - c. Klien bisa saja tidak terlalu teralihkan karena tidak adanya gambar yang bisa memusatkan pikiran (Young dan Koopsen, 2013).

2.4.3 Distraksi dengan Media Audio: Musik

Distraksi audio yaitu dengan cara mendengarkan musik. Secara fisiologis pun teknik distraksi audio (musik) dengan memakai musik dapat merangsang pelepasan hormon endorfin yang merupakan substansi sejenis morfin yang disuplai oleh tubuh, sehingga pada saat

reseptor nyeri disaraf perifer mengirimkan sinyal ke sinaps, kemudian terjadi transmisi sinapsis antara neuron saraf perifer dan neuron yang menuju otak tempat yang seharusnya substansi P akan menghasilkan impuls. Pada saat tersebut endorphin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensorik (Rosdianto, 2015).

Terapi musik adalah penggunaan musik untuk relaksasi, mempercepat penyembuhan, meningkatkan fungsi mental dan menciptakan rasa sejahtera. Musik dapat mempengaruhi fungsi-fungsi fisiologis, seperti respirasi, denyut jantung dan tekanan darah. Musik juga dapat menurunkan kadar hormon kortisol yang meningkat pada saat stres. Musik juga merangsang pelepasan hormon endorfin, hormon tubuh yang memberikan perasaan senang yang berperan dalam penurunan nyeri (Young dan Koopsen, 2013).

Musik memberikan kesempatan bagi tubuh dan pikiran untuk mengalami relaksasi yang sempurna. Kondisi relaksasi yang sempurna itu seluruh sel dalam tubuh akan mengalami reproduksi penyembuhan alami yang akan berlangsung, produksi hormone tubuh diseimbangkan dan pikiran mengalami penyegaran (Demir, 2016). Terapi musik adalah terapi yang universal dan bisa diterima oleh semua orang karena tidak membutuhkan kerja otak yang berat untuk menginterpretasikan lirik musik. Terapi musik sangat mudah diterima organ pendengaran disalurkan kebagian otak yang memproses emosi (Nikandish, 2013)

2.5 Media Audio Visual

2.5.1 Pengertian Media Audio Visual

Media Audio Visual berasal dari kata media yang berarti bentuk perantara yang digunakan oleh manusia untuk menyampaikan atau menyebar ide, gagasan, atau pendapat sehingga ide, pendapat atau gagasan yang dikemukakan itu sampai kepada penerima yang dituju. Dan audio visual yang berarti dapat didengar dan dapat dilihat. Sehingga media audio visual dapat diartikan sebagai alat (sarana) peraga yang bersifat dapat didengar dan dapat dilihat (Arsyad, 2015)

Media audio visual yaitu media yang dapat dilihat sekaligus dapat didengar, seperti film bersuara, video, televisi, dan sound slide. Sedangkan pendapat ahli lain menjelaskan bahwa media audio visual yaitu media yang merupakan kombinasi audio dan visual atau bisa disebut media pandang-dengar. Contoh dari media audio-visual adalah program video/televisi pendidikan, video/televisi instruksional, dan program slide suara (*sound slide*) (Rusman, 2015).

2.5.2 Jenis Media Audio Visual

Ciri utama media pada tiga unsur pokok yaitu suara, visual, dan gerak. Bentuk visual itu sendiri dibedakan lagi pada tiga bentuk, yaitu gambar visual, garis (linear graphic) dan symbol. Di samping itu juga membedakan media siar (transmisi) dan media rekam (recording), sehingga terdapat 3 klasifikasi media audiovisual:

- 1) Media audio visual gerak
- 2) Media audio visual diam
- 3) Media audio visual semi gerak

Seperti umumnya media sejenis media audio visual mempunyai tingkat perbedaan yang cukup tinggi, menurut riset, rata-rata diatas 60% sampai 80%. Pengajaran melalui audio visual jelas bercirikan pemakaian perangkat keras selama proses pemberian, seperti mesin proyektor film, televisi, handphone, tape recorder dan proyektor visual yang lebar. (Arsyad, 2015)

2.5.3 Kelebihan dan Kekurangan Media Audio Visual

Menurut Artawan (2015) kelebihan dan kekurangan dari media audio visual sebagai media distraksi diantaranya sebagai berikut:

1. Kelebihan
 - a. Memudahkan tenaga kesehatan untuk membuat anak kooperatif saat tindakan keperawatan
 - b. Memperkecil ukuran objek yang cukup besar
 - c. Mengalihkan perhatian anak terhadap stresor dengan menghadirkan daya tarik bagi anak terutama film kartun yang dilengkapi dengan suara.
2. Kekurangan
 - a. Penggunaan gadget yang membutuhkan biaya.
 - b. Anak tidak menyukai film kartun yang ditayangkan

- c. Gadget harus dipastikan berfungsi pada saat digunakan (Artawan, 2015)

2.5.4 Distraksi dengan Audiovisual

Melihat film adalah bentuk bermain pasif yang memberikan hiburan bagi anak, kegiatan melihat film tersebut dapat dimodifikasi untuk dijadikan sebuah tindakan terapeutik seperti distraksi, sehingga selain menghibur juga bisa digunakan sebagai pengalihan perhatian ketika anak diberikan injeksi (tindakan invasif). Distraksi audiovisual adalah bentuk pengalihan perhatian yang baik untuk anak karena di dalam distrakasi audiovisual menayangan tokoh video animasi lucu yang memberikan edukasi kesehatan dalam bahasa yang sederhana dan menarik, sehingga membuat balita merasa senang, terhibur. Selama prosedur invasif, anak menikmati tayangan video animasi yang disajikan. Hal tersebut tentunya mampu mengurangi respons buruk anak yang biasanya terjadi ketika prosedur injeksi berlangsung karena anak fokus pada tayangan yang disajikan dan mendengarkan apa yang disampaikan oleh tokoh video animasi tersebut (Agustina, 2015).

Prinsipnya teknik distraksi audiovisual merupakan suatu cara untuk mengalihkan fokus anak dari rasa sakit pada kegiatan lain yang menyenangkan bagi anak (Pillitteri, 2015). Anak-anak menyukai unsur-unsur seperti gambar, warna dan cerita pada video animasi.

Unsur-unsur seperti gambar, warna, cerita, dan emosi (senang, sedih, seru, bersemangat) yang terdapat pada video animasi merupakan unsur otak kanan dan suara yang timbul dari film tersebut merupakan unsur otak kiri. Sehingga dengan menonton video animasi otak kanan dan otak kiri anak pada saat yang bersamaan digunakan dua-duanya secara seimbang dan anak fokus pada video animasi (Windura, 2015).

2.5.5 Teknik Pemberian Audiovisual

Teknik pemberian audio visual terhadap tingkat nyeri pada pemasangan infus berdasarkan beberapa penelitian dilakukan sebagai berikut:

1. Persiapan
 - a. Gadget berupa tablet ataupun smartphone
 - b. Film kartun ± 10 menit
2. Prosedur
 1. Anak yang akan dilakukan pemasangan infus diajak untuk memilih film kartun yang akan ditonton
 2. Gadget diberikan kepada anak dengan melihat film kartun selama ± 5 menit
 3. Setelah ± 5 menit menonton film kartun tanpa dihentikan, perawat langsung melakukan pemasangan infus.
 4. Setelah dilakukan pemasangan infus, menunggu ± 5 menit kemudian untuk menyelesaikan film kartun yang diberikan.

3. Evaluasi

- a. Pada saat dilakukan pemasangan infus oleh perawat, peneliti mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan oleh anak.
- b. Peneliti mencatat tingkat nyeri sesuai dengan instrumen yang digunakan (Agustina, 2015; Haris: 2018; Novitasari: 2019; Kirono: 2019).

2.6 Jurnal Terkait Penelitian

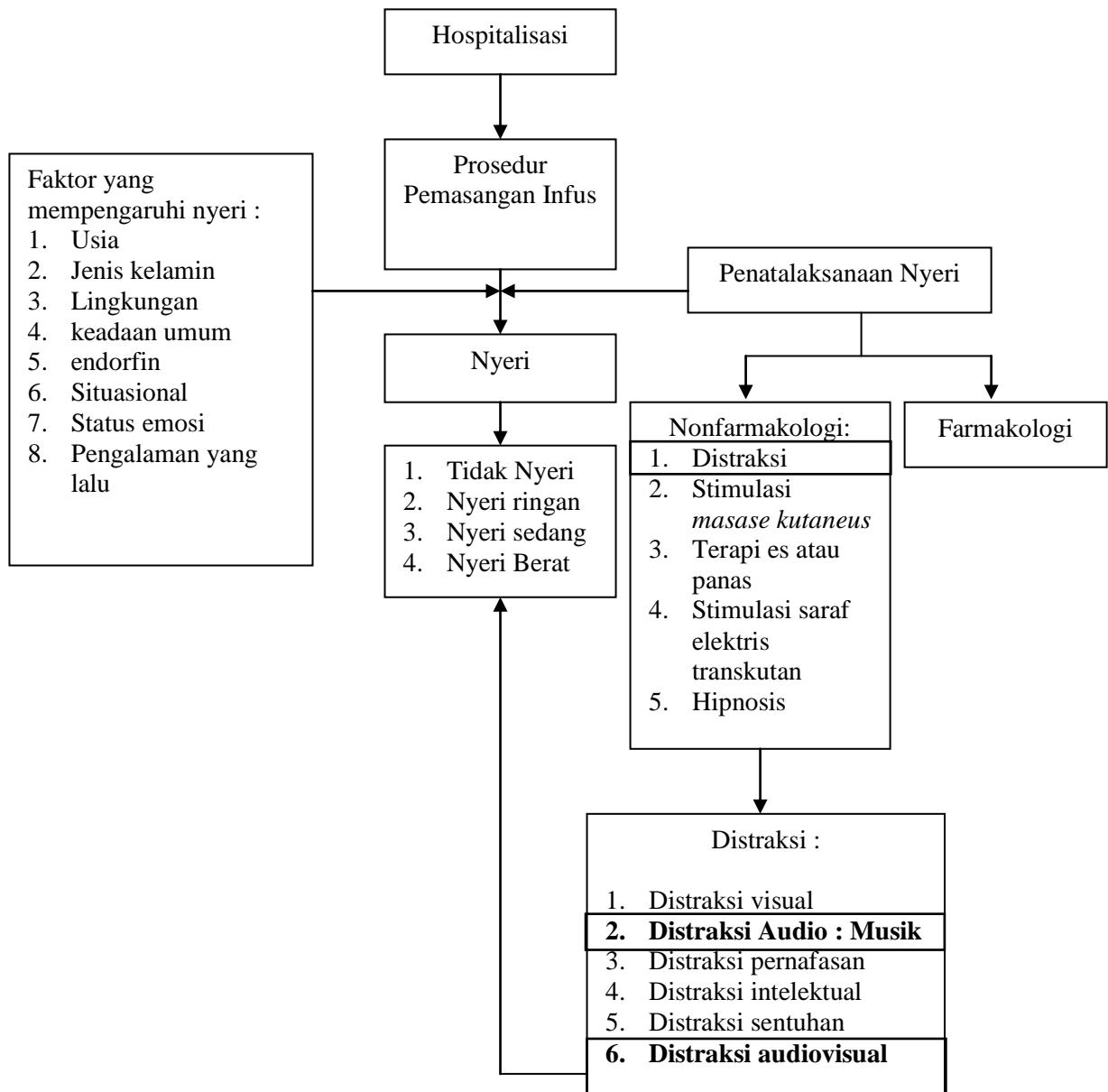
1. Penelitian Purwati (2010) mengenai penurunan tingkat nyeri anak prasekolah yang menjalani penusukan intravena untuk pemasangan infus melalui terapi musik (distraksi audio) didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri yang signifikan antara anak usia prasekolah yang diberikan terapi musik dengan anak usia prasekolah yang tidak diberikan terapi musik.
2. Penelitian Winahyu (2013) mengenai pengaruh terapi bercerita terhadap skala nyeri anak usia prasekolah (3-6 tahun) selama tindakan pengambilan darah vena di RSUD Tugurejo Semarang didapatkan hasil bahwa ada pengaruh yang signifikan antara terapi bercerita terhadap skala nyeri anak selama tindakan pengambilan sampel darah.
3. Penelitian Laksmi (2016) mengenai pengaruh kompres dingin terhadap tingkat nyeri saat pemasangan infus pada anak usia sekolah didapatkan hasil bahwa ada pengaruh kompres dingin terhadap tingkat nyeri saat pemasangan infus pada anak usia sekolah.

4. Penelitian Yusuf (2018) mengenai distraksi visual kartun menurunkan tingkat nyeri saat pemasangan infus pada anak usia prasekolah didapatkan hasil bahwa distraksi visual kartun berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri pada saat pemasangan infus pada anak usia prasekolah.
5. Penelitian Haris (2018) mengennai pengaruh distraksi visual terhadap tingkat nyeri pada anak usia prasekolah saat pemasangan infus di BLUD RSUD H. Padjonga Daeng Ngalle Kabupaten Takalar didapatkan hasil bahwa adanya perbedaan rata-rata skala nyeri dengan nilai signifikan antara anak yang diberikan distraksi visual dengan anak yang tidak diberikan distraksi visual.

2.7 Kerangka Konseptual

Bagan 2.1

Kerangka Konseptual



Sumber : Potter & Perry, 2013; Asmadi, 2015; Windura; 2015