

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada BAB II ini, akan diuraikan teori atau konsep tentang *Benigna Prostat Hiperplasia* yang terkait dengan TUR Prostat dan lebih lanjut tentang nyeri pasca bedah dan hubungannya dengan Relaksasi Benson, sebagai berikut :

#### **A. Benigna Prostat Hiperplasia**

Kelenjar prostat adalah salah satu organ genitalia pria yang terletak di sebelah inferior vesika urinaria dan membungkus uretra posterior. Bentuknya sebesar buah kenari dengan berat normal pada orang dewasa kira-kira 20 gram. McNeal (1976, dalam Purnomo 2007) membagi kelenjar prostat kedalam beberapa zona, yaitu zona perifer, zona sentral, zona transisional, zona fibromuskuler anterior dan zona periuretra. Sebagian besar hiperplasia prostat terdapat di zona transisional, sedangkan pertumbuhan karsinoma prostat berasal dari perifer.

#### **1. Etiologi**

Penyebab BPH masih belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyebutkan ada hubungan dengan faktor histologi, hormon, dan faktor perubahan usia, di antaranya : a) teori dihidrotestosteron, b) adanya ketidakseimbangan antara

estrogen-testosteron, c) interaksi antara sel stroma dan sel epitel prostat, d) berkurangnya kematian sel (apoptosis) dan e) teori stem sel (Birowo & Rahardjo, Pembesaran prostat jinak, ¶ 1, <http://www.tempointeraktif.com>, diunduh tanggal 6 Maret 2008 ; Purnomo, 2007).

## 2. Patofisiologi

Hiperplasia prostat menyebabkan penyempitan lumen uretra prostatika dan menghambat aliran urine. Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk mengeluarkan urine, vesika urinaria harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan tersebut. Kontraksi yang terus-menerus ini akan menyebabkan perubahan anatomik vesika urinaria berupa hipertrofi otot destrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula dan divertikel vesika urinaria. Perubahan struktur pada vesika urinaria dirasakan pasien sebagai keluhan pada saluran kemih sebelah bawah (*prostatismus*). Tekanan intravesikel yang tinggi akan diteruskan ke seluruh bagian vesika urinaria, tidak terkecuali pada kedua meatus uretra. Tekanan pada kedua meatus uretra akan menimbulkan aliran balik urine dari vesika urinaria ke ureter atau terjadi refluks vesiko-ureter. Jika keadaan ini berlangsung terus, dapat mengakibatkan hidroureter, hidronefrosis dan gagal ginjal.

## 3. Gejala Klinis

Gejala BPH dibedakan menjadi dua kelompok. *Pertama*, gejala iritatif, terdiri dari sering buang air kecil (*frequency*), tergesa-gesa untuk buang air kecil (*urgency*), buang air kecil malam hari lebih dari satu kali (*nocturia*), dan sulit

menahan buang air kecil (*urge incontinence*). *Kedua*, gejala obstruksi, terdiri dari pancaran melemah, akhir buang air kecil belum terasa kosong (*Incomplete emptying*), menunggu lama pada permulaan buang air kecil (*hesitancy*), harus mengedan saat buang air kecil (*straining*), buang air kecil terputus-putus (*intermittency*), dan waktu buang air kecil memanjang yang akhirnya menjadi retensi urin dan terjadi inkontinen karena *overflow* (Birowo & Rahardjo, Pembesaran prostat jinak, ¶ 1, <http://www.tempointeraktif.com>, diunduh tanggal 6 Maret 2008 ; Purnomo, 2007).

Penentuan derajat berat BPH akan berhubungan dengan penentuan jenis pengobatan serta untuk menilai keberhasilan pengobatan BPH, dibuatlah suatu skoring yang *valid* dan *reliable*. Terdapat beberapa sistem skoring, di antaranya skor *International Prostate Skoring System (IPSS)* yang diambil berdasarkan skor *American Urological Association (AUA)*. Sistem skoring yang lain adalah skor *Madsen-Iversen* dan skor *Boyarski*.

#### 4. Penatalaksanaan Bedah *Transurethral Resection Of The Prostate (TURP)*

Beberapa pilihan tindakan terapi di dalam penatalaksanaan BPH, yaitu a) *wacthfull waiting* atau observasi, b) medikamentosa, c) pembedahan (Birowo & Rahardjo, Pembesaran prostat jinak, ¶ 1, <http://www.tempointeraktif.com>, diunduh tanggal 6 Maret 2008 ; Purnomo, 2007).

Penatalaksanaan pada pasien BPH untuk jangka panjang yang terbaik adalah dengan pembedahan, karena pemberian obat-obatan atau terapi non invasif

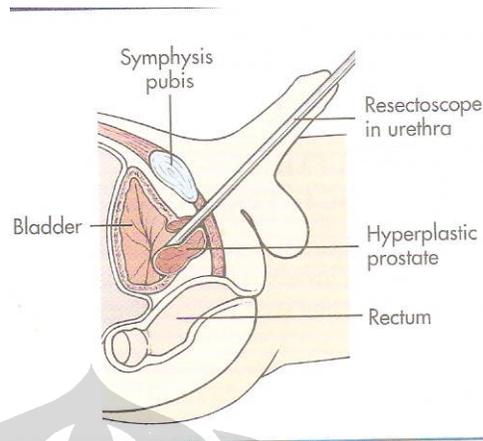
lainnya membutuhkan waktu yang sangat lama untuk melihat keberhasilannya. Pembedahan akan direkomendasikan pada pasien BPH yang tidak menunjukkan perbaikan setelah terapi medikamentosa, mengalami retensi urine, infeksi kemih berulang, hematuria, gagal ginjal dan timbulnya batu saluran kemih atau penyakit lain akibat obstruksi saluran kemih bagian bawah (Purnomo, 2007).

Pembedahan yang dilakukan pada pasien BPH meliputi : a) Pembedahan Prostatektomi Terbuka, b) Pembedahan Endourologi, c) Tindakan Invasif Minimal (Purnomo, 2007). Salah satu tindakan pembedahan yang paling banyak digunakan untuk menangani BPH adalah TUR Prostat yang merupakan bagian dari pembedahan endourologi.

TUR Prostat merupakan “ *the goal standart of treatment*” pada pasien-pasien yang mengalami pembesaran prostat jinak (Rahardjo, 1995 ; Giddens, 2004, dalam Lewis, Heitkemper & Dirksen , 2004 ; Purnomo,2007). Setiap tahun Di Amerika Serikat sekitar 350.000 laki-laki menjalani TUR Prostat (Weaver, 2001, *Combating complications of transurethral surgery*, ¶ 31, <http://www.proquest.com>, diunduh tanggal 8 oktober 2007).

Giddens (2004, dalam Lewis, Heitkemper & Dirksen , 2004) TUR Prostat merupakan salah satu prosedur pembedahan untuk membuang jaringan prostat dengan memasukkan *resectoscopy* ke dalam uretra dan setelah selesai prosedur pembedahan dimasukkan *three-way indwelling cathether* ke dalam kandung kemih untuk memfasilitasi hemostatis dan drainase urine (gambar 2.1).

Gambar 2.1 . *Transurethral Resection Of The Prostate (TURP)*



Sumber : Giddens (2004, dalam Lewis, Heitkemper & Dirksen , 2004)

Pembedahan TUR prostat memiliki keuntungan yaitu tidak membuat insisi pada abdomen, lama hari rawat kurang dari 4 hari, prostat fibrous mudah diangkat, perdarahan akan mudah dilihat dan dikontrol (Smeltzer & Bare, 2002 ; Tan, 2007, Pulihkan prostat dengan laser hijau, ¶ 1, <http://cybermed.cbn.net.id>, diunduh tanggal 10 Pebruari 2008 ; Anonymous, 2007, Benigna prostat hiperplasia , ¶ 1, <http://medlinux.blogspot.com>, diunduh tanggal 10 Pebruari 2008).

TUR Prostat dilakukan pada pasien BPH dengan derajat dua. Kadang-kadang pada derajat dua pasien masih belum mau dilakukan operasi, dalam keadaan seperti ini masih bisa dicoba dengan pengobatan konservatif. Pada derajat tiga, TUR Prostat masih dapat dikerjakan oleh ahli urologi yang cukup berpengalaman melakukan TUR Prostat oleh karena biasanya pada gradasi derajat tiga ini besar prostat sudah lebih dari 60 gram. Apabila diperkirakan

prostat sudah cukup besar sehingga reseksi tidak akan selesai dalam satu jam maka sebaiknya dilakukan operasi terbuka (Purnomo, 2007 ; Rahardjo, 1995).

Saat ini, efektifitas TUR prostat dipertanyakan dan dinilai kembali mengenai kecacatan, kematian, efektifitas serta beban biayanya. Dilaporkan dari 20% pasien yang mengalami perbaikan keluhan kemih, 15% dari pasien tersebut harus dilakukan operasi kembali akibat adanya striktura uretra, kontraktur leher buli, kekambuhan keluhan saluran kemih bawah atau penyebab lainnya (Suwarno et al. 2004, Pengaruh injeksi etanol absolut intraprostatik pada Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), ¶ 1, <http://www.urologi.or.id>, diunduh tanggal 3 nopember 2007).

## **B. Nyeri**

### **1. Pengertian Nyeri**

*International Association For The Study of Pain* (1992) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensoris atau emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau dideskripsikan sebagai kerusakan tersebut (Latief, Suryadi & Dachlan, 2007 ; Ersek & Poe, 2004, dalam Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004). Mc Caffery (1980, dalam Potter dan Perry, 2006) nyeri merupakan segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri.

Sehingga dapat disimpulkan nyeri adalah perasaan tidak menyenangkan secara fisik maupun psikologis yang memberikan sinyal adanya kerusakan atau cedera pada tubuh sebagai mekanisme pertahanan tubuh dan yang diungkapkan oleh individu.

## 2. Mekanisme Nyeri Pasca Bedah

Nyeri pasca bedah disebabkan kerusakan jaringan yang menyebabkan stimulasi nosiseptor pada lokasi pembedahan sehingga mengaktifkan suatu rangsangan saraf ke otak dan sebagai konsekuensi muncul sensasi nyeri (Donovan, 1990, dalam Roykulcharoen, 2003, *The effect of sistemic relaxation technique on postoperative pain in Thailand*, ¶ 1, <http://proquest.umi.com>, diunduh tanggal 8 Oktober 2007). Mekanisme yang pertama kali di lokasi pembedahan adalah inflamasi dan banyak substansi-substansi yang dilepaskan, seperti substansi P, prostaglandin, leukotrin, histamin, serotonin dan bradikin. Pelepasan mediator inflamasi merupakan respons perlukaan.

Rangsang nyeri berjalan di sepanjang saraf spinal ke akar dorsal dan memasuki ke medula spinalis. Jaringan serabut nyeri aferen berakhir pada saraf-saraf di kornu dorsalis (Guyton, 1996). Pada kornu dorsalis, informasi nosiseptor lewat melalui serabut saraf traktus spinothalamik ascending dari medula spinalis ke batang otak di mana sinapsis dengan neuron-neuron yang menimbulkan respons sensori, afektif dan perilaku. Pengaktifan talamus mengawali sensasi nyeri dan refleksi perlindungan tubuh terhadap perlukaan. Refleksi segmental pada medula spinalis mengakibatkan spasme otot skeletal dan vasospasme pembuluh perifer.

Pada refleks suprasegmental di otak dilakukan oleh saraf otonomik yang meningkatkan pengeluaran katekolamin, glukokortikoid dan anti diuretik hormon dan dampaknya terjadi peningkatan nadi, pernapasan dan tekanan darah. Respon pada hipotalamus berpengaruh terhadap peningkatan emosi dan kecemasan sebagai aspek dari nyeri. Ketika Hipotalamus diaktivasi oleh nyeri pasca bedah, maka saraf simpatik mengeluarkan respons stress dimana akan menstimulasi medula adrenal. Pengeluaran norepinephrine meningkatkan sensitifitas atau secara langsung mengaktifkan reseptor nyeri pada lokasi pembedahan, sehingga akan menyebabkan peningkatan rasa nyeri (Heffline, 1990, dalam Roykulcharoen, 2003, *The effect of sistemic relaxation technique on postoperative pain in Thailand*, ¶ 1, <http://proquest.umi.com>, diunduh tanggal 8 Oktober 2007).

### **3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri Pasca Bedah**

Nyeri merupakan suatu yang sangat individual dan kompleks, sehingga banyak faktor yang mempengaruhinya (Polomano, et al, 2001, dalam Vaughn, Wichowski dan Bosworth, 2007; Potter & Perry, 2006 ; Smeltzer & Bare, 2002). Faktor- faktor yang dapat mempengaruhi nyeri pasca bedah yang akan diuraikan dalam penelitian ini adalah :

#### **a. Budaya**

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu belajar bagaimana merespon nyeri dari keluarga dan kelompok etniknya sehingga respon nyeri cenderung menggambarkan adat

istiadat budaya individu. Cara individu mengekspresikan nyeri merupakan sifat kebudayaan (Martenelli 1987, dalam Potter dan Perry, 2006). Beberapa budaya yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan yang lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Lebih lanjut Clancy dan Mc Vicar (1992, dalam Potter dan Perry, 2006) mengatakan sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang, dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opiat endogen dan sehingga terjadilah persepsi nyeri.

#### **b. Kecemasan**

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Wilkinson (2005) mengatakan hampir seluruh perasaan tentang pembedahan berkaitan dengan kecemasan. Vaughn, Wichowski dan Bosworth (2007) mengatakan kecemasan pre operasi merupakan komponen umum pengalaman dari operasi, dan bertambahnya tingkat kecemasan pasien akan mengganggu pelaksanaan operasi sehingga akan meningkatkan nyeri pasca bedah. Selanjutnya, Gil (1990, dalam Potter dan Perry, 2006) menjelaskan bahwa pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Paice (1991, dalam Potter dan Perry, 2006) melaporkan secara signifikan bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya kecemasan. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

#### 4. Pengkajian Nyeri Pascabedah

Potter dan Perry (2006) bahwa pada saat mengkaji nyeri, perawat harus sensitif terhadap ketidaknyamanan pasien. Apabila nyeri bersifat akut seperti nyeri pasca bedah, pasien kemungkinan dapat memberi penjelasan lebih rinci tentang pengalamannya secara keseluruhan dan tindakan perawat yang utama adalah mengkaji perasaan pasien, menetapkan respon fisiologis, lokasi nyeri, tingkat keparahan dan kualitas nyeri. Mackintosh (2007) bahwa keakuratan pengkajian nyeri pasca bedah sangat penting untuk meyakinkan keefektifan penatalaksanaan nyeri (Mackintosh, 2007, *Assessment and management of patients with post-operative pain*, ¶ 1, <http://proquest.umi.com>, diunduh tanggal 10 Pebruari 2008).

Pengkajian nyeri dengan cara lapor diri paling banyak digunakan di klinik. NIH (1986, dalam Potter dan Perry, 2006) lapor diri oleh pasien tentang nyeri yang dirasakan merupakan indikator kuat yang paling dapat dipercaya tentang keberadaan nyeri dan apapun yang berhubungan dengan ketidaknyamanan, karena nyeri bersifat individualistik. Pengkajian nyeri dengan cara lapor diri dipertimbangkan sebagai standar baku untuk mengukur nyeri dan mengacu ke definisi nyeri, karena nyeri bersifat subyektif (Strong et al. 2002). Pengukuran nyeri dengan cara lapor diri yang sering digunakan adalah *Numeric Rating Scale (NRS)*.

NRS digunakan untuk menilai intensitas atau keparahan nyeri dan memberi kebebasan penuh pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. NRS merupakan skala nyeri yang populer dan lebih banyak digunakan di klinik,

khususnya pada kondisi pasien akut, mengukur intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik, mudah digunakan dan didokumentasikan (Potter & Perry, 2006; Strong, et al. 2002; Victorian Quality Council, *Acute pain management measurement toolkit*, 2007, <http://health.vic.gov.au>, diunduh tanggal 1 Maret 2008). NRS paling baik untuk mengukur intensitas nyeri pada orang lanjut usia tanpa gangguan kognitif atau dengan gangguan kognitif ringan dan sedang (British Pain Society and British Geriatrics Society, 2007, *Guidance on : the assessment of pain in older people*, ¶ 13, <http://www.bgs.org.uk>, diunduh tanggal 1 Maret 2008).

## 5. Penatalaksanaan Nyeri Pasca Bedah

Ada empat tujuan utama penatalaksanaan nyeri yang dilakukan pada pasien pasca bedah, pasien yang dilakukan prosedur medik dan trauma pada umumnya (AHCPR, 1992, *Acute pain management : operative or medical procedure and trauma*, ¶ 52, <http://www.Ucsf.edu>, diunduh tanggal 10 Pebruari 2008 ), yaitu :

- a. Mengurangi insiden dan beratnya nyeri yang dirasakan pasien pascabedah dan pascatraumatik.
- b. Edukasi pasien tentang kebutuhan untuk mengkomunikasikan nyeri yang tidak berkurang sehingga mereka dapat menerima evaluasi dan tindakan yang efektif.
- c. Memperbaiki dan meningkatkan rasa nyaman dan kepuasan pasien.
- d. Berkontribusi untuk meminimalkan komplikasi pasca bedah dan pada kasus yang sama, memperpendek lama tinggal setelah prosedur pembedahan.

Strategi penatalaksanaan nyeri pasca bedah mencakup pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis, yaitu :

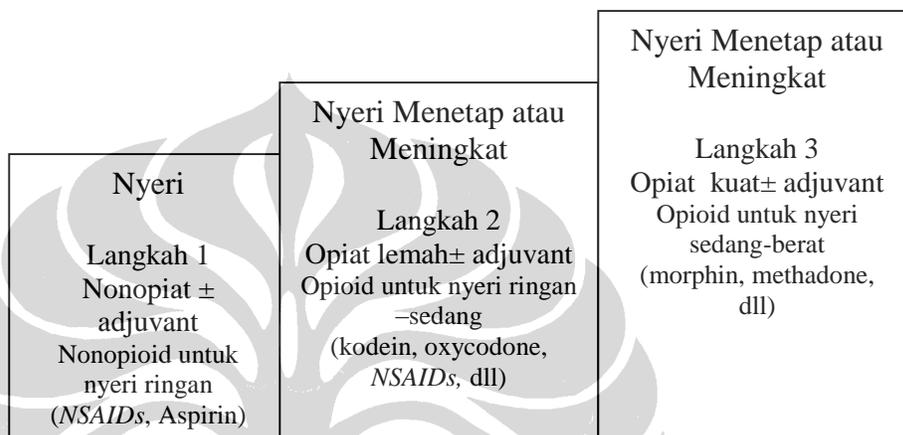
**a. Farmakologis**

*European Association Of Urology* (2007) merekomendasikan pemberian analgesik pada pasien pasca bedah TUR prostat merujuk pada pedoman *World Health Organization (WHO)* (1996) yang terdiri dari tiga langkah (gambar 2.2). Jenis analgesik yang diberikan pada pasien pasca bedah TUR Prostat pada umumnya menggunakan golongan non opioid (Francesca, et al. 2007, *Guidelines pain on management-European Association of Urology* 2007, ¶ 50, <http://www.ingentaconnect.com>, diunduh tanggal 8 Oktober 2007).

Golongan non opioid yang sering diberikan adalah acetaminophen atau *non steroidal anti-inflamantory drugs (NSAIDs)* dan digunakan untuk menghilangkan nyeri ringan atau sedang. Acetaminophen (paracetamol) telah digunakan luas pada penatalaksanaan nyeri pasca bedah. Efek samping dari penggunaan paracetamol dilaporkan dapat menyebabkan toksisitas hati. NSAIDs telah menunjukkan keefektifan pada nyeri pasca bedah tetapi tidak cukup kuat apabila diberikan sebagai terapi tunggal untuk nyeri berat. Studi meta analisis terhadap 3.453 pasien dengan nyeri pasca bedah menunjukkan NSAIDS sangat efektif sebagai analgesik, selanjutnya diikuti oleh kombinasi paracetamol dan kodein, paracetamol tunggal dan tramadol. NSAIDs tidak menyebabkan depresi pernapasan atau sedasi. Efek samping dari penggunaan

NSAIDs yaitu iritasi lambung, terbentuknya ulkus dan perdarahan lambung, gangguan ginjal, memperburuk asma dan menghambat pembekuan darah.

Gambar 2.2. Tahap Pemberian Analgesik Menurut WHO



Sumber : Ersek & Poe (2004, dalam Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004).

#### b. Nonfarmakologis : Relaksasi Benson

Banyak intervensi keperawatan nonfarmakologis yang dapat membantu dalam menghilangkan nyeri. Kombinasi terapi nonfarmakologis dengan obat analgesik merupakan cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002 ; Sloman, et al.2004). *European Association Of Urology* (2007) penatalaksanaan nyeri pada pasien pasca bedah urologi dilakukan dengan mengkombinasikan pemberian analgesik dengan terapi nonfarmakologis seperti distraksi, imageri atau relaksasi (Francesca, et al. 2007, *Guidelines pain on management-european association of urology* 2007, ¶ 50, <http://www.ingentaconnect.com>. diunduh tanggal 8 Oktober

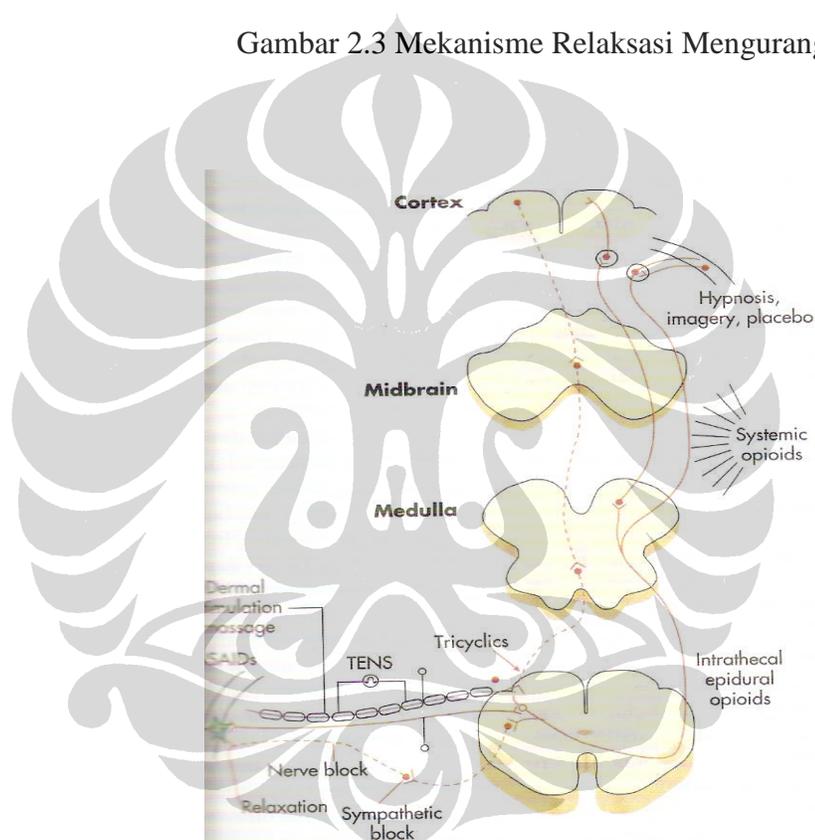
2007). Relaksasi merupakan terapi perilaku-kognitif pada intervensi nonfarmakologis yang dapat mengubah persepsi pasien tentang nyeri, mengubah perilaku nyeri dan memberi pasien rasa pengendalian yang lebih besar terhadap nyeri (Potter & Perry, 2006).

Good (1999) menjelaskan bahwa mekanisme efek relaksasi terhadap nyeri pasca bedah yaitu dengan menghambat impuls noxius pada sistem kontrol descending (*gate control theory*). Ketika relaksasi, talamus secara selektif memilih dan merubah suara-suara ke prefrontal cortex sehingga menghambat impuls nyeri. Otak sebagai penghambat impuls menutup pintu transmisi pada impuls noxius, sebagai akibatnya terjadi relaksasi yang akan membatasi aktifitas simpatik dan meningkatkan aktifitas parasimpatik (gambar 2.3.) Relaksasi akan menimbulkan respon fisiologis seperti penurunan denyut nadi, penurunan konsumsi oksigen, penurunan kecepatan pernapasan, penurunan tekanan darah dan penurunan tegangan otot. Selain itu, relaksasi akan berdampak terhadap respon psikologis yaitu menurunkan stress, kecemasan, depresi dan penerimaan terhadap kontrol nyeri pasca bedah (Benson & Proctor, 2000 ; Roykulcharoen, 2003, *The effect of systemic relaxation technique on postoperative pain In Thailand*, ¶ 1, <http://proquest.umi.com>, diunduh tanggal 8 Oktober 2007).

Salah satu teknik relaksasi yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri pasca bedah, yaitu Relaksasi Benson (Horowitz et al, 1984 dalam Roykulcharoen, 2003, *The effect of systemic relaxation technique on*

*postoperative pain in Thailand*, ¶ 7, <http://proquest.umi.com>, diunduh tanggal 8 Oktober 2007; Levin, Malloy & Hyman, *Nursing management of postoperative pain: use of relaxation techniques with female cholecystectomy patients*, ¶ 1, <http://www.blackwell-synergy.com>, diunduh tanggal 10 Pebruari 2008).

Gambar 2.3 Mekanisme Relaksasi Mengurangi Nyeri



Sumber : Ersek and Poe (2004, dalam Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004)

Relaksasi Benson merupakan salah satu terapi komplementer untuk mengurangi nyeri pasca bedah (Stevensen, 1995, dalam Roykulcharoen, 2003, *The effect of systemic relaxation technique on postoperative pain in*

*Thailand*, ¶ 7, <http://proquest.umi.com>, diunduh tanggal 8 Oktober 2007; Cushman & Hoffman, 2004, dalam Suardana, 2007, *Entrepreneurship dan praktek mandiri keperawatan*, ¶ 22, <http://www.sharekingdom.com>, diunduh tanggal 10 Maret 2008). Gray (2004, dalam Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004) terapi komplementer adalah terapi pelengkap dan terapi pendukung terhadap terapi pengobatan yang lainnya. Terapi komplementer selaras dengan nilai-nilai keperawatan yang melihat manusia secara utuh (holistik) yang menekankan pada penyembuhan, penghargaan hubungan perawat-pasien sebagai partnership dan berfokus pada peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit.

Konsep teknik Relaksasi Benson merupakan bagian dari teori *Self Care* yang dikemukakan oleh Orem. Teori *Self Care* menjelaskan bahwa merawat diri dan ketergantungan dalam perawatan diri adalah sesuatu perilaku yang dipelajari setiap individu untuk mempertahankan hidup, kesehatan dan kehidupan yang lebih baik (Tommeay & Alligood, 2006). Pada sistem keperawatan yang dikembangkan Orem, perawat diharapkan dapat berperan sebagai *supportive-educative* sehingga pasien menggunakan relaksasi untuk mengurangi nyeri pasca bedah. Relaksasi Benson sesuai dengan *health deviation self care requisites (HDSCR)*. Pada HDSCR disarankan jika individu mengalami gangguan kesehatan harus sadar mengatur ketidaknyamanan atau menghilangkan pengaruh akibat pelayanan kesehatan dan keperawatan. Pembedahan merupakan treatment, sedangkan nyeri pasca bedah adalah suatu ketidaknyamanan sehingga harus dihilangkan pengaruh-

pengaruh yang mengganggu tersebut. Relaksasi Benson digunakan untuk menurunkan nyeri pasca bedah sehingga dapat membantu pasien mengontrol rasa ketidaknyamanan dan menghilangkan pengaruh dari rasa nyeri yang dirasakan.

Selain untuk mengurangi nyeri pasca bedah, hasil penelitian yang lain menunjukkan Relaksasi Benson bermanfaat untuk menurunkan keluhan pada pasien *Irritable Bowel Syndrome* (Keefer & Blanchard, 2002), memperbaiki beberapa aspek dari *Quality of Life* pada pasien CHF (Chang, et al, 2005), mengurangi proses penyakit yang diderita pasien Rheumatoid Arthritis (Masoumeh, Mohammad & Masoud, 2006), mengurangi stress (Bonnie, Erika & Muzza, 1988), mengurangi gangguan insomnia (Purwanto & Zuleakah, 2007), mengurangi nyeri sindrom pre menstruasi (Goodale, Domar & Benson, 1990), hipertensi, nyeri kronik, efek samping terapi kanker dan efek samping terapi AIDS, infertilitas (Harada, 1996).

Relaksasi Benson dikembangkan oleh Benson di *Harvard's Thorndike Memorial Laboratory* dan *Boston's Beth Israel Hospital*. Relaksasi Benson dapat dilakukan sendiri, bersama-sama atau bimbingan mentor (Benson & Proctor, 2000). Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien. Benson dan Proctor (2000) menjelaskan bahwa formula- kata-kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan

menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan pasien tersebut.

Benson dan Proctor (2000) menjelaskan Relaksasi Benson terdiri dari empat komponen dasar yaitu :

#### 1) Suasana Tenang

Suasana yang tenang membantu efektifitas pengulangan kata atau kelompok kata dan dengan demikian mempermudah menghilangkan pikiran-pikiran yang mengganggu.

#### 2) Perangkat Mental

Untuk memindahkan pikiran-pikiran yang berorientasi pada hal-hal yang logis dan yang berada di luar diri harus ada suatu rangsangan yang konstan yaitu satu kata atau frase singkat yang diulang-ulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat merupakan fokus dalam melakukan relaksasi Benson. Fokus terhadap kata atau frase singkat akan meningkatkan kekuatan dasar respons relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk memberi pengaruh terhadap penurunan aktifitas saraf simpatik (Benson & Proctor, 2000). Salah satu kesulitan utama dalam pelaksanaan Relaksasi Benson adalah pikiran yang mengembara, namun dapat dicegah dengan pengulangan kata atau frase. Mata biasanya terpejam apabila tengah mengulang kata atau frase singkat. Relaksasi Benson dilakukan 1 atau 2 kali sehari selama antara 10 – 20 menit. Waktu yang baik untuk mempraktekkan Relaksasi Benson

adalah sebelum makan atau beberapa jam sesudah makan, karena selama melakukan relaksasi, darah akan dialirkan ke kulit, otot-otot ekstremitas, otak dan menjauhi daerah perut sehingga efeknya akan bersaing dengan proses makanan (Benson & Proctor, 2000).

### 3) Sikap Pasif

Apabila pikiran-pikiran yang mengacaukan muncul, pikiran tersebut harus diabaikan dan perhatian di arahkan lagi ke pengulangan kata atau frase singkat sesuai dengan keyakinan. Tidak perlu cemas seberapa baik melakukannya karena hal itu akan mencegah terjadinya respon Relaksasi Benson. Sikap pasif dengan membiarkan hal itu terjadi merupakan elemen yang paling penting dalam mempraktekkan Relaksasi Benson.

### 4) Posisi Nyaman

Posisi tubuh yang nyaman adalah penting agar tidak menyebabkan ketegangan otot-otot. Posisi tubuh yang digunakan, biasanya dengan duduk atau berbaring ditempat tidur.

Gambar 2.4. Posisi Relaksasi Benson



Sumber : Yayasan Spiritia, 2005, Terapi Alternatif, ¶ 1, <http://spiritia.or.id>, diunduh tanggal 10 Pebruari 2008

### C. Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan landasan teori di atas, maka kerangka teori penelitian sebagai berikut :

Skema 2.1. Kerangka Teori Penelitian

