

**GAMBARAN KOPING INDIVIDU DALAM
MENGAHADAPI RASA NYERI PADA PASIEN
PASCA BEDAH ORIF DI RUMAH SAKIT TNI AD
GARUT**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Menempuh Ujian Sarjana Keperawatan
Pada Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut**

**PUTRI PUJAYANTI RESTIANA
NIM KHGC. 15007**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN SEMINAR PROPOSAL PENELITIAN**

NAMA : PUTRI PUJAYANTI RESTIANA
NIM : KHGC.15007
**JUDUL : GAMBARAN KOPING INDIVIDU DALAM
MENGHADAPI RASA NYERI PASA PASIEN PASCA
BEDAH ORIF DI RUMAH SAKIT TNI AD GARUT**

**Menyatakan bahwa mahasiswa di atas telah melaksanakan perbaikan
seminar usulan penelitian.**

Garut, 07-September- 2019

Mengetahui,

Pembimbing Utama



(Eldesa Vava Rilla S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Pembimbing Pendamping



(Purbayanti S.Kep.,Ns., M.Kep)

Penelaah I



(Lin Patimah S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Penelaah II



(Sulastini S.Kep.,Ns.,M.Kep)

**LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI**

Yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bahwa :

Nama : PUTRI PUJAYANTI RESTIANA

NIM : KHGC.15007

Program Studi : S1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

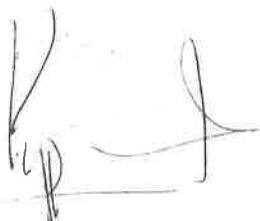
Mahasiswa yang bersangkutan telah disetujui untuk melaksanakan seminar usulan penelitian dengan judul :

**“GAMBARAN KOPING INDIVIDU DALAM MENGHADAPI
RASA NYERI PADA PASIEN PASCA BEDAH ORIF DI
RUMAH SAKIT TNI AD GARUT”**

Demikian persetujuan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

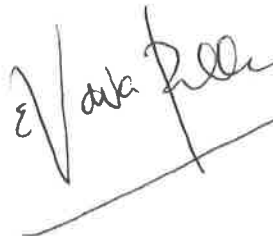
Garut, 10 September 2019

Pembimbing Pendamping



(Purbayanti, S.Kep., Ns., M.Kep)

Pembimbing Utama



(Eldesa Vava Rilla, S.Kep., Ns., M.Kep)

ABSTRAK

GAMBARAN KOPING INDIVIDU DALAM MENGHADAPI RASA NYERI PADA PASIEN PASCA BEDAH ORIF DI RUMAH SAKIT TNI AD GARUT

**PUTRI PUJAYANTI RESTIANA
KHG.C15007**

V Bab + 50 Halaman + 5 Tabel + 1 Bagan

Setiap individu membutuhkan rasa nyaman. Kebutuhan rasa nyaman ini dipersepsikan berbeda pada setiap orang. Kondisi ketidaknyamanan yang paling sering dihadapi klien adalah nyeri. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Klien merespon nyeri yang dialaminya dengan beragam cara, misalnya berteriak, meringis, dan lain-lain. Oleh karena nyeri bersifat subjektif, maka perawat mesti peka terhadap sensasi nyeri yang dialami klien. Dalam konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif, yang bertujuan untuk mengetahui Gambaran Koping Individu dalam penanganan nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur. Sampel penelitian ini 60 pasien pasca bedah ORIF didapatkan dengan metode *purposive sampling* di Rumah Sakit Umum TNI AD Guntur.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai Gambaran Koping Individu dalam penanganan nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur, dapat disimpulkan bahwa Gambaran Koping Individu dalam penanganan nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur lebih dari setengahnya menunjukkan hasil adaptif.

Kata kunci : *Koping, intensitas nyeri, perilaku nyeri, bedah ORIF*

ABSTRACT

DESCRIPTION OF INDIVIDUAL COUPLES IN FACING PAIN PAIN ON POST ORIF SURGERY PATIENTS IN THE GARUT ADMINISTRATION HOSPITAL

**PUTRI PUJAYANTI RESTIANA
KHG.C15007**

V Chapter + 50 Pages + 5 Tables + 1 Chart

Every individual needs comfort. The need for comfort is perceived differently in each person. The condition of discomfort that is most often faced by clients is pain. Pain is an individual sensation of discomfort. Clients respond to the pain they experience in a variety of ways, such as screaming, grimacing, and others. Because pain is subjective, nurses must be sensitive to pain sensations experienced by clients. In the context of nursing, nurses must pay attention and fulfill a sense of comfort. The design used in this study is descriptive, which aims to determine the description of Individual Koping in the management of pain in patients after ORIF surgery at Guntur Army Hospital. The sample of this study was 60 post-operative ORIF patients obtained by purposive sampling method at the Guntur Army General Hospital. The results of studies that have been conducted on the Overview of Individual Coping in the management of pain in patients after ORIF surgery in Guntur Army Hospital, it can be concluded that the Overview of Individual Coping in pain management in patients after ORIF surgery in Guntur Army Hospital more than half shows adaptive results.

Keywords: Koping, pain intensity, pain behavior, ORIF surgery

KATA PENGANTAR

Segala puji serta syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala nikmat dan karunia yang telah diberikan, sehingga dapat menyelesaikan proposal ini. Shalawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada junjungan kita semua Nabi Muhammad SAW, tak lupa kepada keluarganya, para sahabatnya dan sampai kepada kita selaku umatnya di akhir zaman aamiin.

Alhamdulillah, pada kesempatan ini penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Pola Koping Individu Dalam Menghadapu Rasa Nyeri Pada Pasien Pasca Bedah ORIF di Rumah Sakit TNI AD Garut Pada Tahun 2019”**. Penyusunan skripsi ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Penelitian skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Bapak DR. (HC) H. Amas Setiana, selaku Pembina Yayasan Dharma Husada insani Garut.
2. Bapak H.D Saepudin, M.M.Kes, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Bapak Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Ka. Prodi S1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Eldasa Vava Rilla, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku pembimbing utama yang dengan sabar membimbing, mengarahkan serta memberikan masukan yang sangat membantu bagi penulis selama menyusun proposal ini
6. Ibu Purbayanti, S.Kep., Ners., M.Pd, selaku pembimbing pendamping yang selalu memberikan motivasi, memberi arahan dan masukan sistematis penulisan kepada penulis dalam menyusun proposal ini.

7. Staf dan dosen Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah membantu dalam menyelesaikan proposal ini.
8. Orang tua tercinta dan suami serta adik yang selama ini tidak pernah berhenti mendoakan, membimbing dengan sabar dan selalu memberikan dukungan serta kasih sayang yang berlimpah kepada penulis dalam meraih kesuksesan.
9. Serta semua pihak yang telah membantu memberikan dukungan baik langsung maupun tidak langsung sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal ini.

Semoga amal baik atas bantuan yang diberikan selama ini diterima menjadi suatu amal ibadah dan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT. Diharapkan, skripsi ini bisa bermanfaat untuk semua pihak. Selain itu, kritik dan saran yang membangun penulis harapkan dari para pembaca agar penyusunan skripsi ini menjadi lebih baik.

Garut, 18 September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERSETUJUAN PROPOSAL

LEMBAR PERSETUJUAN SEMINAR PROPOSAL

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISIiii

DAFTAR BAGANvi

DAFTAR TABELvii

DAFTAR LAMPIRANviii

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang 1

1.2. Rumusan Masalah 7

1.3. Tujuan Penelitian 7

1.4. Manfaat Penelitian 8

BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS

2.1. Kajian Pustaka 9

2.1.1. Nyeri 9

2.1.1.1. Pengertian Nyeri 9

2.1.1.2. Teori Pengontrolan Nyeri (Gate Control Theory) 10

2.1.1.3. Fisiologi Nyeri 11

2.1.1.4. Reseptor Nyeri	12
2.1.1.5. Klasifikasi Nyeri	14
2.1.1.6. Faktor-faktor yang mempengaruhi Respon Nyeri	15
2.1.2. Intensitas Nyeri	17
2.1.2.1. Definisi Intensitas Nyeri	17
2.1.2.2. Intensitas Pengukuran Nyeri	17
2.1.2.3. Intensitas Nyeri Pasien Pasca Bedah	21
2.1.2.4. Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Bedah ORIF	23
2.1.3. Konsep Koping	24
2.1.3.1. Definisi Koping	24
2.1.3.2. Strategi Koping	25
2.1.4 Bedah ORIF	29
2.1.4.1 Definisi Bedah ORIF	30
2.1.4.2 Tindakan Pembedahan ORIF	31
2.1.4.3 Sasaran Bedah ORIF	31
2.2 Kerangka Pemikiran	33

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian	35
3.2. Pengertian Istilah dan Konsep Variabel	35
3.2.1 Variabel Penelitian	35
3.2.2 Definisi Operasional	36

3.3. Populasi dan Sampel	36
3.3.1. Populasi	36
3.3.2. Sampel	37
3.4. Instrumen dan Penelitian	38
3.5. Pengumpulan Data	39
3.6 Analisa Data	42
3.7. Lokasi dan Waktu Penelitian	42

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	43
4.1.1 Karakteristik Umum	43
4.2 Pembahasan	45

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	50
5.2 Saran	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Distribusi Frekuensi Tindakan Pembedahan/Oprasi di Kamar Bedah RS TNI AD Guntur Garut tahun 2018.....	5
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	36
Tabel 4.1 Karakteristik Umum Responden	43
Tabel 4.2 Karaktristik Jenis Kelamin	44
Tabel 4.3 Koping Individu.....	44

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Kerangka Pemikiran Penelitian	34
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Ijin Penelitian dari KESBANPOL
- Lampiran 4 : Lembar Pernyataan Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar persetujuan (*Informed Consent*)
- Lampiran 6 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Instrumen dan Kisi-kisi
- Lampiran 8 : Kuesioner
- Lampiran 9 : Master Tabel
- Lampiran 10 : Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Operasi merupakan tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (Sjamsuhidajat, 2015). Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan, setelah bagian yang akan ditangani ditampilkan, dilakukan tindakan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Tindakan pembedahan atau operasi dapat menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Keluhan dan gejala yang sering terjadi adalah nyeri (Sjamsuhidajat, 2015).

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP), nyeri merupakan suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter, 2012). Setiap individu pernah mengalami nyeri dalam tingkatan tertentu (Potter, 2012). Nyeri merupakan alasan utama orang mencari bantuan perawatan kesehatan (Potter, 2012). Walaupun merupakan salah satu dari gejala yang paling sering terjadi di bidang medis, nyeri merupakan salah satu yang paling sedikit dipahami. Individu yang merasa tertekan atau menderita akan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri yang klien rasakan (Brunner & Suddart, 2013).

Pengkajian karakteristik umum nyeri membantu perawat membentuk pengertian pola nyeri dan tipe terapi yang digunakan untuk mengatasi nyeri

(Brunner & Suddart, 2013). Penggunaan instrumen untuk menghitung luas dan derajat nyeri bergantung kepada klien sadar secara kognitif dan mampu memahami instruksi perawat (Brunner & Suddart, 2013). Laporan tunggal klien tentang nyeri yang dirasakan merupakan indikator tunggal yang paling dapat dipercaya tentang keberadaan dan intensitas nyeri dan apapun yang berhubungan dengan ketidaknyamanan (NIH, 1986 dalam Brunner & Suddart, 2013).

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu (Tamsuri, 2016). Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Brunner & Suddart, 2013). Pengukuran subjektif nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat pengukur nyeri seperti visual analog, skala nyeri numerik, skala nyeri deskriptif atau skala nyeri Wong-Bakers untuk anak-anak (Tamsuri, 2016).

Ekspresi wajah atau gerakan tubuh yang bahkan tidak terlalu kentara seringkali lebih menunjukkan karakteristik nyeri dari pada pertanyaan yang akurat misalnya, klien menangis atau mulai mengguling ke kiri dan ke kanan dan akan kembali dalam waktu interval teratur pasien nampak gelisah (Brunner & Suddart, 2013). Sifat nyeri menyebabkan seseorang merasa tidak nyaman, kemudian ia terus melawan rasa tidak nyaman tersebut atau menyerah, dan menarik diri dari masyarakat (Potter & Perry, 2012).

Banyak faktor fisiologi (motivasi, afektif, kognitif, dan emosional) mempengaruhi pengalaman nyeri total pasien. Temuan riset telah mengarah pada pemahaman yang lebih baik tentang bagaimana faktor-faktor persepsi,

pembelajaran, kepribadian, etnik dan budaya, dan lingkungan dapat mempengaruhi ansietas, depresi, dan nyeri (Brunner & Suddart, 2013). Tingkat keparahan nyeri pasca operasi tergantung pada anggapan fisiologi dan psikologi individu, toleransi yang ditimbulkan untuk nyeri, letak insisi, sifat prosedur, kedalaman trauma bedah dan bagaimana agens tersebut diberikan (Brunner & Suddart, 2013).

Perilaku koping responden merupakan salah satu jenis perilaku refleksi sebagai respon terhadap stimulus yang muncul kapanpun. Stimulus yang muncul biasanya spesifik dan dapat diprediksi. Perilaku responden merupakan perilaku secara spontan. Ketika stimulus muncul dengan adekuat seperti stimulus nosiseptif, respon perilaku kemungkinan akan terjadi. Dalam perbandingan, ketika stimulus muncul tidak dengan adekuat, perilaku yang nampak tidak akan terjadi. Oleh karena itu, perilaku responden secara keras merupakan faktor-faktor dari stimuli (Harahap, 2017).

Perilaku pasien dalam merespon nyeri dengan beberapa cara seperti penjagaan (*guarding*), menggosok (*rubbing*), meringis (*grimacing*), menahan nyeri (*bracing*), dan perilaku nyeri terdengar atau sentuhan yang sering sekali dipengaruhi dari bagian-bagian tubuh (Harahap, 2017). Pelajaran sebelumnya telah menunjukkan bahwa perilaku nyeri secara positif telah menghubungkan dengan intensitas nyeri dan nyeri hebat (Harahap, 2017). Sasaran utama pasien pasca bedah orthopedi adalah pengurangan nyeri (Brunner & Sudart, 2013). Keluhan nyeri hebat biasanya sering dialami akan pasien pasca bedah ORIF karena adanya edema, hematoma, dan spasme otot (Harahap, 2017).

Adapun reaksi yang muncul ketika individu mengalami keluhan nyeri diantaranya syok, tidak percaya, dan marah. Seseorang dengan nyeri skala berat akan mengancam identitas, menyebabkan perubahan-perubahan dalam peran, mengubah citra tubuh dan mengganggu gaya hidup, adanya nyeri membuat penderitanya seringkali tidak bebas untuk bergerak sehingga mengganggu aktifitas sehari-harinya dan dapat menurunkan produktifitasnya (Harahap, 2017). Di samping itu, dengan mengalami nyeri, sudah cukup membuat penderita frustrasi dalam menjalani hidupnya sehari-hari sehingga dapat mengganggu kualitas hidup penderita (Potter & Perry, 2008).

Masalah nyeri penderita pasien pasca bedah ORIF berkaitan erat dengan strategi pemecahan masalah yang dilakukan penderita, koping yang dilakukan oleh penderita merupakan usaha pasif atau aktif dalam menghadapi situasi yang dirasakan (Iwasaki, 2009). Dalam penelitian D'arrigo (2010) di Inggris dilakukan terhadap 45 pasien pasca bedah ORIF, penelitian ini mengidentifikasi bagaimana strategi koping pasien pasca bedah ORIF dan hasilnya strategi koping yang dilakukan oleh penderita pasca bedah ORIF berpengaruh terhadap kondisi psikologis penderita, mempengaruhi lama pengobatan karena berhubungan dengan kecemasan yang membuat kerja jantung semakin cepat sehingga memperlambat proses penyembuhan luka pasca bedah sebaliknya apabila penderita mempunyai penyesuaian yang baik dengan strategi kopingnya, maka individu tersebut berhasil mengatasi masalah yang dihadapi dan proses penyembuhan luka pun akan semakin baik.

Penelitian Malacara (2011) menyebutkan bahwa untuk membantu penderita pasca bedah ORIF, maka dimulai dengan mempertahankan strategi koping, seperti dengan cara memodifikasi gaya hidup, petugas pelayanan kesehatan agar untuk bersikap empati dan memahami tentang strategi koping yang digunakan oleh penderita, sehingga penderita dapat memanfaatkan strategi koping yang adaptif. Selain itu, pendidikan penanganan nyeri akan membantu penderita lebih positif dalam merespon nyeri.

Berdasarkan data dari hasil survei awal peneliti di RS TNI AD Guntur, pasien dengan bedah orthopedi memiliki angka tertinggi kedua setelah bedah digestive yaitu 274 pasien tahun 2018. Berikut distribusi frekuensi tindakan pembedahan di kamar bedah RS TNI AD Guntur

Tabel 1.1. Distribusi Frekuensi Tindakan Pembedahan/Operasi di Kamar Bedah RS TNI AD Guntur Garut tahun 2018

No	Kasus pembedahan	Jumlah	Frekuensi
1	Bedah Umum	412	50%
2	Orthopedi	274	33,25%
3	Obgyn	138	16,74%
	Total	824	100%

(Medrek RS TNI AD Guntur, 2018)

Koping individu dalam menanggapi nyeri berbeda beda satu sama lain, apabila koping individu seseorang dalam merespon nyeri tidak baik maka akan berpengaruh pada tingkat nyeri dan kesehatan lain, peneliti melakukan studi pendahuluan dengan melakukan teknik wawancara kepada 5 pasien pasca bedah

ORIF (*Open Reduction Internal Fiksation*). 3 dari 5 pasien itu mengatakan apabila mereka merasakan nyeri dengan tekanan darah yang meningkat lebih dari 120/80 mmhg dengan kondisi umum pasien lemah respon mereka dalam menghadapi nyeri mereka berteriak, gelisah dan menangis respon tersebut justru akan menambah rasa sakit yang dirasakan, respon yang dilakukan oleh pasien pasca bedah ORIF (*Open Reduction Internal Fiksation*) tersebut justru akan meningkatkan tingkat nyeri, memperlambat penyembuhan, meningkatkan denyut jantung, meningkatkan tekanan darah, meningkatkan frekuensi nafas sehingga akan menambah parah keadaan kesehatan pasien.

Nyeri merupakan keluhan yang paling sering diungkapkan pasien dengan tindakan pembedahan atau operasi. Jika nyeri tidak dikontrol dapat menyebabkan proses rehabilitasi pasien tertunda dan hospitalisasi menjadi lama. Ketika pasien merasakan nyeri, perawat bertanggungjawab untuk melakukan manajemen nyeri yang tepat. Manajemen nyeri yang tepat mencakup penanganan secara farmakologis dan nonfarmakologis. Salah satu pendekatan nonfarmakologis adalah dengan mengoptimalkan penggunaan coping yang dimiliki pasien. Mekanisme coping secara baik atau adaptif sangat diperlukan namun tidak semua pasien memiliki mekanisme coping yang sama oleh karena itu perawat harus mengetahui bagaimana gambaran coping pasien tersebut agar dapat memberikan tindakan keperawatan yang optimal.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai gambaran coping individu dengan dalam menghadapi rasa nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas rumusan penelitian ini adalah bagaimanakah gambaran koping individu dengan dalam menghadapi rasa nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur.

1. 3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran koping individu dengan dalam menghadapi rasa nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mengetahui gambaran koping individu dengan dalam menghadapi rasa nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1 Aspek teoritis

Penelitian ini dapat menambah khazanah keilmuan tentang gambaran koping individu dengan dalam menghadapi rasa nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur.

1.4.2 Aspek praktis

Penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perawat dalam penyusunan rencana keperawatan terutama gambaran koping individu dengan dalam menghadapi rasa nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Nyeri

2.1.1.1 Pengertian Nyeri

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Mc. Caffery, 1979 dalam Tamsuri, 2007). Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Brunner & Suddarth, 2003). Sedangkan menurut *International Association for Study of Pain* (IASP) dalam Tamsuri (2007), nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Dan Menurut Potter (2005) Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya.

Pendapat Kozier dan Erb (1983) dalam Tamsuri (2007), nyeri adalah sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai penderitaan yang diakibatkan persepsi jiwa yang nyata, ancaman, dan fantasi luka. Sementara Barbara (1996) mengungkapkan bahwa, nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang bersifat benar-benar subjektif dan hanya orang yang menderitanya yang dapat menceritakan dan

mengevaluasi, masih menurut Barbara (1996) bahwa, nyeri juga dapat diartikan sebagai bentuk pengalaman yang dapat dipelajari oleh pengaruh dari situasi hidup masing-masing orang.

2.1.1.2 Teori Pengontrolan nyeri (*Gate control theory*)

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana *nosireseptor* dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun teori gerbang kendali nyeri dianggap paling relevan (Tamsuri, 2007). Teori *gate control* dari Melzack dan Wall (1965) menyatakan 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 sensorik 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. 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 korteks 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. *Neuromediator* ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. teknik distraksi, konseling, dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan *endorfin* (Potter & Perry, 2005).

2.1.1.3 Fisiologi nyeri

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi, dan perilaku. Cara yang paling baik untuk memahami pengalaman nyeri, akan membantu menjelaskan tiga komponen fisiologis berikut yakni: resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut saraf memasuki medulla spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam massa berwarna abu-abu di medulla spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral. Sekali stimulus mencapai korteks cerebral, maka otak

menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersepsikan nyeri (Mc. Nair, 1990 dalam Potter dan Perry, 2005).

2.1.1.4 Reseptor Nyeri

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan 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 bermielien dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf perifer. Berdasarkan letaknya, *nosireceptor* dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian 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. *Nosireceptor kutaneus* berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan (Tamsuri, 2007). Impuls saraf yang dihasilkan oleh stimulus nyeri menyebar di sepanjang saraf perifer aferen. Menurut Jones dan Cory (1990), ada dua tipe serabut saraf perifer yang mengonduksi stimulus nyeri yaitu:

a. Reseptor A-delta

Merupakan serabut komponen cepat (kecepatan transmisi 6-30 m/det). memungkinkan timbulnya nyeri tajam, yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan (Tamsuri, 2007).

b. Serabut C

Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan transmisi 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 komplek, 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 (Tamsuri, 2007).

Contoh nyata adanya konduksi stimulus pada tubuh kita yaitu: seseorang yang baru saja terpijak paku mula-mula akan merasakan nyeri yang terlokalisasi dan tajam, yang merupakan hasil transmisi dari serabut A. dalam beberapa jam nyeri menjadi lebih difus dan menyebar sampai seluruh kaki terasa sakit karena persarafan serabut C. Serabut C tetap terpapar pada bahan-bahan kimia, yang dilepaskan ketika sel mengalami kerusakan (Ketika serabut C dan A- delta mentransmisikan impuls dari

serabut saraf perifer terjadi pelepasan mediator biokimia yang mengaktifkan respons nyeri. Contoh sederhana Mediator biokimia adalah kalium dan prostaglandin yang dilepaskan saat sel-sel lokal mengalami kerusakan (Potter & Perry, 2005).

Ketika serabut C dan serabut A-delta mentransmisikan impuls dari serabut saraf perifer, maka akan melepaskan mediator biokimia yang mengaktifkan atau membuat peka terhadap respon nyeri. Misalnya, kalium dan prostaglandin dilepaskan ketika sel-sel lokal mengalami kerusakan. Transmisi stimulus nyeri berlanjut disepanjang serabut saraf aferen sampai transmisi tersebut berakhir di bagian kornu dorsalis medulla spinalis. Di dalam kornu dorsalis, neurotransmitter, seperti substansi P dilepaskan, sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer (sensori) ke saraf traktus spinotalamus (Paice, 1991 dalam Potter & Potter, 2005).

2.1.1.5 Klasifikasi Nyeri

Tamsuri, 2005 membagi klasifikasi nyeri berdasarkan 3 bagian, yaitu:

a. Klasifikasi Berdasarkan Awitan

Berdasarkan waktu kejadian, nyeri dapat dikelompokkan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis (Tamsuri, 2007). Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi pada waktu (durasi) satu detik sampai dengan enam bulan, sedangkan nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari enam bulan. Nyeri akut umumnya terjadi pada cedera, penyakit akut atau pada pembedahan dengan awitan yang cepat dan

tingkat keparahan yang bervariasi (sedang sampai berat). Nyeri akut dapat dipandang sebagai nyeri yang terbatas dan bermanfaat untuk mengindikasikan adanya cedera atau penyakit pada tubuh. Nyeri jenis ini biasanya hilang dengan sendirinya dengan atau tanpa tindakan setelah kerusakan jaringan penyembuh. Nyeri kronis umumnya timbul tidak teratur, intermitten bahkan persisten. Nyeri kronis dibedakan dalam dua kelompok besar, yaitu nyeri kronis maligna dan nyeri kronis nonmaligna. Karakteristik nyeri kronis adalah penyembuhannya tidak dapat diprediksikan meskipun penyebabnya mudah ditentukan. Nyeri kronis dapat menyebabkan klien merasa putusasa dan frustrasi. Klien yang mengalami nyeri kronis mungkin menarik diri dan mengisolasi diri. Nyeri ini menimbulkan kelelahan mental dan fisik (Brunner&Suddart, 2003).

2.1.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi Respon Nyeri

Dalam bukunya, Harry dan Potter menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri terdiri atas:

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan di antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia. Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa atologis 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 (Potter&Perry, 2005).

b. Jenis kelamin

Gill (1990) mengungkapkan laki-laki dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya dan faktor biokimia. Dari data diatas penulis menyimpulkan tidak pantas jika laki-laki mengeluh nyeri sedangkan wanita boleh mengeluh nyeri (Potter&Perry,2005).

c. Kebudayaan

Gureje, Korff, Simon, & Gater, 1996, menyatakan bahwa, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu menyatakan atau mengekspresikan nyeri. Selain itu, latar belakang budaya dan sosial mempengaruhi pengalaman dan penanganan nyeri (Brannon & Feist, 2007). Budaya dan etnisitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespons terhadap nyeri, bagaimana nyeri diuraikan atau seseorang berperilaku dalam berespons terhadap nyeri. Namun budaya dan etnik tidak mempengaruhi persepsi nyeri (Zatzick&Dimsdale, 1990 dalam Brunner&Sudart, 2003). Harapan budaya tentang nyeri yang individu pelajari sepanjang hidupnya jarang dipengaruhi oleh pemaparan terhadap nilai-nilai yang berlawanan dengan budaya lainnya. Akibatnya, individu yakin bahwa persepsi dan reaksi mereka terhadap nyeri adalah normal dapat diterima. Akibatnya individu yakin bahwa persepsi

dan reaksi mereka terhadap nyeri adalah normal dapat diterima. Nilai-nilai budaya perawat dapat berbeda dengan nilai-nilai budaya pasien dari budaya lain. Harapan dan nilai-nilai budaya perawat dapat mencakup menghindari ekspresi nyeri yang berlebihan seperti meringis, dan menangis berlebihan (Brunner&Sudart, 2003).

2.1.2 Intensitas Nyeri

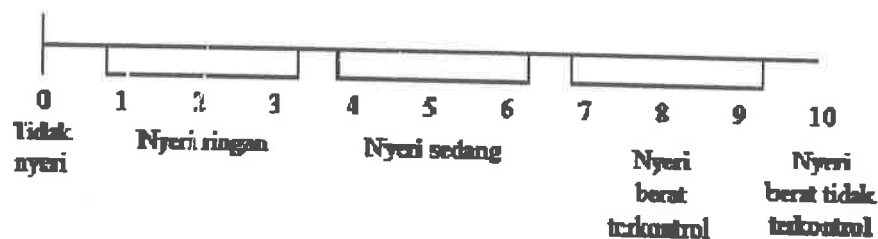
2.1.2.1 Defenisi Intensitas Nyeri

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 teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007).

2.1.2.2 Intensitas Pengukuran Nyeri

(1). Skala intensitas nyeri menurut Agency for Health Care Policy dan Research (AHCPR). Acute Pain Management: Operative or medical Prosedures and Trauma, 1992, dalam Brunner dan Suddart, 2001 terdiri atas tiga bentuk, yaitu

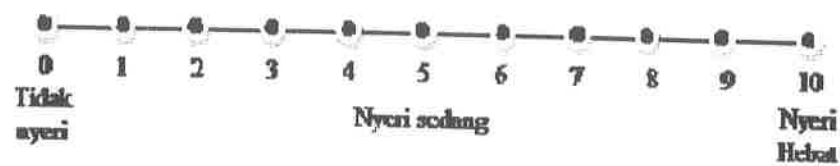
1). Skala Intensitas Nyeri Deskriptif



Keterangan: Pada skala verbal : 0= tidak nyeri, 1-3=nyeri ringan, 4-6=nyeri sedang, 7-9=nyeri terkontrol, 10=nyeri hebat tidak terkontrol

Karakteristik paling subjektif 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. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. 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 (Tamsuri, 2007).

(2). Skala intensitas nyeri numerik



Keterangan:

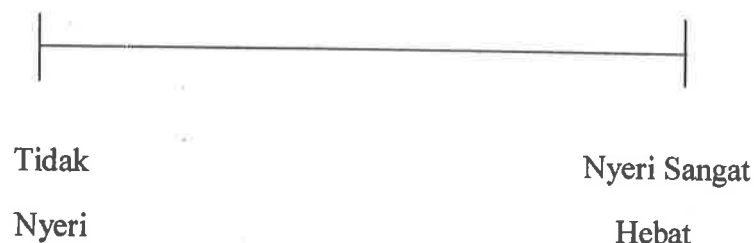
0 = tidak nyeri,

1-9 = nyeri sedang yang kriterianya dapat ditentukan,

10 = nyeri hebat tak tertahankan

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 (AHCPR, 1992 dalam Tamsuri, 2007).

(3). Skala analog visual

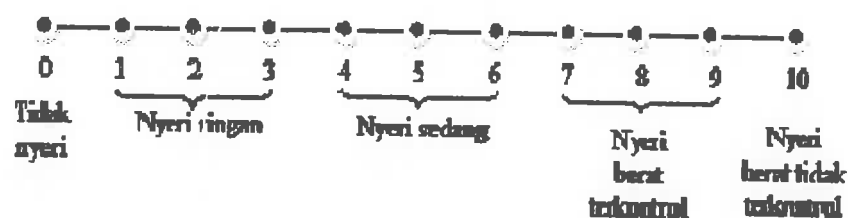


Keterangan: 0=tidak nyeri, 10=nyeri sangat hebat

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. Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkonsumsi 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).

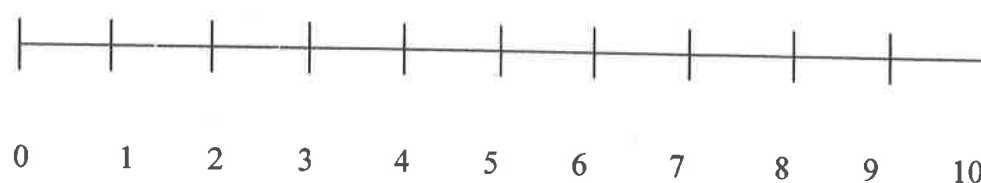
(4). Skala nyeri menurut bourbanis



Keterangan : 0 :Tidak nyeri, 1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, 4-6 : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik, 7-9 : Nyeri

berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah 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 : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

(4). The Pain Numerical Rating Scale (PNRS)/Skala Numerik



Tidak
Berat

Nyeri

PNRS digunakan untuk ukuran intensitas nyeri (segera atau sekarang). Skala terdiri dari 11 poin yang mana 0 menunjukkan “tidak ada nyeri” dan 10 menunjukkan “nyeri sangat berat”, penilaian dari 1-4 disamakan dengan nyeri ringan, 5-6 untuk nyeri sedang, dan 7-10 untuk nyeri berat (Serlin dkk, 1995 dalam Harahap, 2007).

2.1.2.3 Intensitas Nyeri Pasien Pasca Bedah

Pembedahan merupakan suatu kekerasan atau trauma bagi penderita. Anestesi maupun tindakan pembedahan menyebabkan kelainan yang dapat menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Keluhan dan gejala yang sering dikemukakan adalah nyeri, demam, takikardia, sesak nafas, mual, muntah, dan memburuknya keadaan umum (Syamsuhidajat, 2000).

Menurut Benedetti (1990), nyeri yang hebat menstimulasi reaksi stress yang secara merugikan mempengaruhi sistem jantung dan imun. Ketika impuls nyeri ditransmisikan, tegangan otot meningkat, seperti halnya pada vasokonstriksi lokal. Iskemia pada tempat yang sakit menyebabkan stimulasi lebih jauh dari reseptor nyeri. Bila impuls yang menyakitkan ini menjalar secara sentral, aktivitas simpatis diperberat, yang meningkatkan kebutuhan miokardium dan konsumsi oksigen. Penelitian telah menunjukkan bahwa insufisiensi kardiovaskular terjadi tiga kali lebih sering dan insiden infeksi lima kali lebih besar pada individu dengan kontrol nyeri yang buruk (Smeltzer & Bare, 2000).

Pada luka operasi, analgetik sebaiknya diberikan dengan rencana sesuai dengan letak dan sifat luka, bukan “diberikan kalau perlu”, Dosis yang diberikan pun bergantung pada reaksi penderita (Sjamsuhidajat, 2001). Peredaan nyeri komplis pada daerah dari insisi bedah dapat tidak terjadi selama beberapa minggu, tergantung pada letak dan sifat pembedahan. Namun demikian, perubahan posisi pasien, penggunaan distraksi, pemasangan washcloths dingin pada wajah, dan pemijatan punggung dengan losion yang menyegarkan dapat sangat membantu dalam menghilangkan ketidaknyamanan temporer dan meningkatkan medikasi lebih efektif ketika diberikan (Smeltzer & Bare, 2000).

2.1.2.4 Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Bedah Open

Reduction and Internal Fixation (ORIF)

Pembedahan reduksi terbuka pada patah tulang, keuntungannya yang paling dapat terlihat demikian juga jaringan disekitarnya. Pada perdarahan jaringan lunak diantara fragmen tulang dapat terlibat kerusakan pembuluh darah dan persyarafan.

Dalam Brunner & Suddart, 2002 dijelaskan sasaran kebanyakan pembedahan ortopedi adalah memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan dan stabilitas, mengurangi nyeri, dan stabilitas. Walaupun pada dasarnya setelah pembedahan ortopedi nyeri mungkin sangat berat, edema, hematoma dan spasme otot merupakan penyebab nyeri yang dirasakan. Beberapa pasien mengatakan bahwa nyerinya lebih ringan dibandingkan sebelumnya pembedahan, dan hanya memerlukan jumlah analgetik yang sedikit saja.

Tingkat nyeri pasien dan respons terhadap upaya terapeutik harus dipantau ketat. Harus diupayakan segala usaha untuk mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan. Nyeri yang terus bertambah dan tak terkontrol perlu dilaporkan ke dokter bedah ortopedi untuk dievaluasi (Brunner & Suddart, 2002).

2.1.3 Konsep Koping

2.1.3.1 Defenisi Koping

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam yang dapat berupa perubahan cara berfikir, perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk mengatasi stres yang dihadapi (Keliat, 2008). Koping juga dapat didefinisikan sebagai usaha yang kognitif, perilaku dan emosi untuk mengatasi tuntutan eksternal dan atau internal yang dinilai sebagai beban atau melebihi sumber yang dimiliki seseorang. Koping merupakan proses yang dilalui oleh individu dalam menyelesaikan situasi stresfull. Koping tersebut merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologiknya (Rasmun, 2004).

Menurut Yani (1997 dikutip dari McGrath, 1970) koping merupakan proses dimana individu mencoba untuk mengurangi atau memindahkan stres atau ancaman. Koping merupakan kombinasi dari persepsi, penampilan, penilaian, dan koreksi yang diikuti dengan kegiatan lanjut dan perilaku terarah dengan tujuan menguasai, mengendalikan atau menyelesaikan masalah (Yani, 2007 dikutip dari Weimen 1976).

Perilaku koping membantu seseorang beradaptasi terhadap stressor dan kembali pada keadaan yang stabil sedangkan mekanisme pertahanan ego membantu seseorang menghindari ancaman (Berger & William, 2012).

2.1.3.2 Strategi Koping

Menurut Jhon & MacArthur (2009) Strategi koping menunjuk pada usaha spesifik, baik secara psikologis yang dilakukan seseorang untuk mengatur, mentoleransi, mengurangi atau meminimalkan suatu situasi atau kejadian yang penuh tekanan.

Strategi koping dibedakan menjadi dua, yaitu koping berfokus pada masalah yang melibatkan usaha untuk mengontrol atau merubah sumber dari stres. Dalam koping ini individu secara aktif mencari penyelesaian masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stres. Dan yang kedua yaitu koping yang berfokus pada emosi yang melibatkan usaha untuk mengatur respon emosional terhadap stres (Lazarus & Folkman, 2010). Koping berfokus pada masalah bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi seseorang dan lebih sering digunakan ketika stressor dinilai oleh individu sebagai penerimaan terhadap perubahan, sedangkan koping berfokus pada emosi berguna jika individu menilai menilai pengalaman stres dimana tidak dapat memodifikasi peristiwa atau stressor atau ketika stressor akan terselesaikan dengan terjadinya (Grey, 2010).

Strategi koping yang termasuk koping berfokus pada masalah adalah koping konfrontasi, penggunaan dukungan sosial, dan perencanaan penyelesaian masalah. Sedangkan koping yang berfokus pada emosi yaitu kontrol diri, pelepasan diri, penilaian positif, penerimaan tanggung jawab, dan pelarian atau penghindaran (Lazarus & Folkman, 1984). Kedua strategi

tersebut sering bekerja secara bersamaan (Wortman, dkk, 2009)

Menurut Kliat (2008) koping berfokus pada masalah melibatkan proses kognitif, afektif, dan psikomotor seperti berbicara dengan orang lain tentang masalahnya dan mencari jalan keluar dari nasehat orang lain, mencari tahu informasi sebanyak-sebanyaknya tentang situasi yang dihadapi, berhubungan dengan kekuatan supernatural, melakukan latihan penanganan stres, membuat berbagai alternatif tindakan dalam menangani situasi, dan belajar dari pengalaman masa lalu. Sedangkan menurut Rasmun (2001) koping yang berfokus pada masalah meliputi kompromi yaitu cara konstruktif yang digunakan oleh individu dimana dalam menyelesaikan masalahnya individu menempuh jalan dengan melakukan pendekatan negosiasi atau bermusyawarah. Yang kedua yaitu dengan menarik diri, dimana reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Dan yang terakhir adalah perilaku menyerang, dimana reaksi yang ditampilkan oleh individu dalam menghadapi masalah dapat konstruktif dan destruktif. Tindakan konstruktif misalnya penyelesaian masalah dengan teknik asertif yaitu tindakan yang dilakukan secara terus terang tentang ketidakpuasan terhadap perlakuan yang tidak menyenangkan baginya, sedangkan tindakan destruktif yaitu individu melakukan tindakan penyerangan terhadap stressor yang dapat merusak dirinya, orang lain dan lingkungannya.

Menurut Rasmun (2004 dikutip dari Bell, 2007) ada dua metode koping yang digunakan oleh individu dalam mengatasi masalah, metode

tersebut adalah metode koping jangka panjang dan metode koping jangka pendek. Metode koping jangka panjang merupakan cara yang konstruktif dan efektif serta realistis dalam menangani masalah psikologis untuk kurun waktu yang lama, seperti berbicara dengan orang lain, mencoba mencari informasi, menghubungkan situasi atau masalah yang sedang dihadapi dengan kekuatan supranatural, melakukan latihan fisik untuk mengurangi ketegangan atau masalah, membuat berbagai alternatif tindakan untuk mengurangi situasi dan mengambil pelajaran dari peristiwa atau pengalaman masa lalu.

Metode koping jangka pendek merupakan cara yang digunakan untuk mengurangi stres dan cukup efektif untuk sementara, tetapi tidak efektif jika digunakan dalam jangka panjang, seperti menggunakan alkohol atau obat-obatan, melamun dan fantasi, mencoba melihat aspek humor dari situasi yang tidak menyenangkan, tidak ragu dan merasa yakin bahwa semua akan kembali stabil, banyak tidur, banyak merokok, menangis dan beralih pada aktivitas lain agar dapat melupakan masalah.

Menurut Smeltzer & Bare (2011) berdasarkan dari 57 penelitian keperawatan yang ditelaah Jalowiec pada tahun 1993, ada lima koping yang sangat penting bila seseorang menghadapi penyakit yaitu mencoba merasa optimis mengenai masa depan, menggunakan dukungan sosial, menggunakan sumber spiritual, mencoba tetap mengontrol situasi maupun perasaan, dan mencoba menerima kenyataan yang ada. Koping cara lain yang ditemukan dalam penelitian tersebut adalah meliputi pencarian

informasi, menyusun ulang prioritas kebutuhan dan peran, menurunkan tingkat harapan, melakukan kompromi, membandingkan dengan orang lain, perencanaan aktifitas untuk menghemat energi, memahami tubuhnya, dan melakukan bicara sendiri untuk meningkatkan keberanian diri.

Merasa optimis mengenai masa depan yaitu adanya harapan akan kesembuhan penyakitnya, adanya pikiran yang berpusat pada kepercayaan dasar bahwa ada solusi terhadap kebutuhan dan masalah yang sedang dihadapi.

Menggunakan dukungan sosial, dukungan sosial merupakan informasi verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial secara emosional merasa lega karena diperhatikan (Kuntjoro, 2002 dikutip dari Gottlib, 1983).

Menggunakan sumber spiritual, seperti berdoa, menemui pemuka agama atau aktif pada pertemuan ibadah (Rasmun, 2004). Tidak sedikit klien yang menderita penyakit mencari dukungan spiritual dengan mendekatkan diri pada Tuhan sebagai sumber kopingnya, karena komponen dukungan spiritual adalah bimbingan, yaitu adanya hubungan kerja atau hubungan sosial yang memungkinkan seseorang mendapatkan informasi, saran atau

nasehat yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi dan berasal dari guru, alim ulama, dan figure yang dituakan dalam upaya mendekatkan diri pada Tuhan (Kuntjoro, 2001 dikutip dari Cutrona, 1994).

Mengontrol situasi maupun perasaan, merupakan pengendalian diri tanpa menunjukkan emosi atau bereaksi dengan tenang tanpa menunjukkan emosi atau perasaan (Wortman, dkk, 2009). Menerima kenyataan yang ada, menerima keadaan atau sadar akan keadaan dirinya yang menderita suatu penyakit dan cenderung mencari hikmah dari keadaan tersebut. Penerimaan berbagai kenyataan hidup merupakan keyakinan atau pandangan positif dapat menjadi sumber psikologis yang sangat penting untuk membentuk coping seseorang dalam menghadapi masalahnya.

2.1.4 Bedah Open Reduction Internal Fixation (ORIF)

2.1.4.1 Defenisi Bedah ORIF

Reduksi terbuka adalah tindakan reduksi dan melakukan kesejajaran tulang yang patah setelah terlebih dahulu dilakukan diseksi atau pemajanan tulang yang patah. Fiksasi interna adalah stabilisasi tulang yang sudah patah yang telah direduksi dengan skrup, plat, paku dan pin logam. Maka, dapat ditarik kesimpulan Open Reduksi Internal Fiksasi (ORIF) adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup dan piring untuk

mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Brunner&Suddart, 2003).

2.1.4.2 Tindakan Pembedahan ORIF (Open Reduction And Internal Fixation)

a. Reduksi Terbuka

Insisi dilakukan pada tempat yang mengalami cedera dan diteruskan sepanjang bidang anatomi menuju tempat yang mengalami fraktur. Fraktur diperiksa dan diteliti. Fragmen yang telah mati dilakukan irigasi dari luka. Fraktur direposisi agar mendapatkan posisi yang normal kembali. Sesudah reduksi fragmen-fragmen tulang dipertahankan dengan alat ortopedik berupa: pin, skrup, plate, dan paku (Wim de Jong,m, 2000).

1). Keuntungan

Reduksi Akurat, stabilitas reduksi tertinggi, pemeriksaan struktur neurovaskuler, berkurangnya kebutuhan alat imobilisasi eksternal, penyatuan sendi yang berdekatan dengan tulang yang patah menjadi lebih cepat, rawat inap lebih singkat, dapat lebih cepat kembali ke pola ke kehidupan normal (Barbara, 1996).

2). Kerugian

Kemungkinan terjadi infeksi dan osteomielitis tinggi (Barbara, 1996).

b. Fiksasi Internal

Metode alternatif manajemen fraktur dengan fiksasi eksternal, biasanya pada ekstremitas dan tidak untuk fraktur lama Post eksternal fiksasi, dianjurkan penggunaan gips. Setelah reduksi, dilakukan insisi

perkutan untuk implantasi pen ke tulang. Lubang kecil dibuat dari pen metal melewati tulang dan dikuatkan penna. Perawatan 1-2 kali sehari secara khusus, antara lain: Observasi letak pen dan area, observasi kemerahan, basah dan rembes, observasi status neurovaskuler distal fraktur, fiksasi eksternal fiksasi internal pembidaian, fiksasi internal dilaksanakan dalam teknik aseptis yang sangat ketat dan pasien untuk beberapa saat mendapat antibiotik untuk pencegahan setelah pembedahan (Barbara, 1996).

1.2.4.3 Sasaran Bedah Orif

a. Patah Tulang Panggul

Patah tulang panggul sering didapati di rumah sakit. Terjadi lebih sering pada pria (Barbara, 1996).

Patah tulang panggul dibagi dalam dua klasifikasi Intra Kapsul terjadi didalam persendian dan kapsul, yang meliputi:

- b. Patah Subcapital**
- c. Patah Traservical**
- d. Patah Basal Leher**

Ekstra Kapsul terjadi di luar kapsul sendi panggul beserta kapsul pada daerah 5 cm dibawah tochanter kecil ini disebut fraktur intertrochanterik.

c. Patah Tulang Belakang

Patah tulang spinal atau vertebral terjadi akibat jatuh, kecelakaan penerjun. Patah tulang vertebra dapat disertai dengan pergeseran atau tidak.

Bila patah disertai dengan pergeseran fragmen, dapat menimbulkan tekanan sum-sum atau menimbulkan cedera. Tekanan menyebabkan gangguan fungsi sebagian tubuh yang terganggu kepada tingkatan cederanya (Barbara, 1996).

2.2. Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran pada penelitian ini disusun berdasarkan teori Gate Control dari Melzack dan Wall (2011). Pembedahan reduksi terbuka pada patah tulang, keuntungannya yang paling dapat terlihat demikian juga jaringan disekitarnya. Pada perdarahan jaringan lunak diantara fragmen tulang dapat terlibat kerusakan pembuluh darah dan persyarafan.

Dalam Brunner & Suddart, 2002 dijelaskan sasaran kebanyakan pembedahan ortopedi adalah memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan dan stabilitas, mengurangi nyeri, dan stabilitas. Walaupun pada dasarnya setelah pembedahan ortopedi nyeri mungkin sangat berat, edema, hematoma dan spasme otot merupakan penyebab nyeri yang dirasakan. Beberapa pasien mengatakan bahwa nyerinya lebih ringan dibandingkan sebelumnya pembedahan, dan hanya memerlukan jumlah analgetik yang sedikit saja.

Tingkat nyeri pasien dan respons terhadap upaya terapeutik harus dipantau ketat. Harus diupayakan segala usaha untuk mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan. Nyeri yang terus bertambah dan tak terkontrol perlu dilaporkan ke dokter bedah ortopedi untuk dievaluasi (Brunner & Suddart, 2002).

Perilaku koping responden merupakan salah satu jenis perilaku refleksi sebagai respon terhadap stimulus (Kats, 1998 dalam Harahap, 2007) yang muncul kapanpun (Fordyce, 1976 dalam Harahap, 2007).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Deskriptif kuantitatif suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif, dan digunakan untuk menjawab dan memecahkan permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Setiadi, 2012). Dalam penelitian ini untuk mengetahui gambaran coping individu dalam menghadapi rasa nyeri pada pasien pasca bedah orif di Rumah Sakit TNI AD Garut

3.2 Pengertian Istilah dan Konsep Variabel

3.2.1 Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2010). Definisi lain mengatakan bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep (Notoatmodjo, 2010). Variabel dalam penelitian ini adalah mekanisme coping dalam menghadapi nyeri.

3.2.2 Defenisi Operasional

Tabel 3.2 Definisi Operasional

Variabel	Defenisi	Alat Ukur	Hasil Skala	Skala Ukur
Koping Individu dalam menghadapi nyeri	Cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam yang dapat berupa perubahan cara berfikir, perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk mengatasi stres yang dihadapi, terutama dalam menghadapi nyeri (Rasmun, 2014).	Lembar Kuesioner setuju (SS) mendapat nilai 4, setuju (S) mendapat nilai 3, tidak setuju (TS) mendapat nilai 2, dan sangat tidak setuju (STS) mendapat nilai 1	.0 = adaktif 1 = mal adaktif	Nominal

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pasca bedah ORIF (wanita dan pria) RS TNI AD Guntur pada bulan Januari-Desember sebanyak 136 orang.

3.3.2 Sampel

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kriteria yang dikehendaki penelitian. Sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi (Nursalam, 2003).

Jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan sesuai yang dikehendaki peneliti (terfokus). Kriteria yang akan digunakan adalah kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang diteliti. Adapun kriteria yang digunakan:

- a. Pasien pasca bedah ORIF dalam waktu 24 jam sampai dengan 96 jam pertama (1 sampai dengan 4 hari pasca ORIF).
- c. Pria atau Wanita berusia lebih dari 13 tahun
- d. Bersedia menjadi responden.
- e. Kooperatif

Besarnya sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus analitik kategorik tidak berpasangan. Dengan rumus sebagai berikut :

$$N = \frac{(Z_{\alpha}^2 / 2PQ)}{(d)^2}$$

Keterangan :

N : Jumlah sampel

Z_{α} : Depiat baku alfa

P : Proporsi Kategori

Q : 1-P

d : Kesalahan (absolut) yang dapat ditolerir

Diketahui :

$$Z_{\alpha} = 1,96$$

$$P = 33,25 \%$$

$$Q = 1 - 0,332$$

$$d = 0,10$$

Dengan memasukkan nilai-nilai diatas pada rumus, maka diperoleh :

$$N = \frac{(Z_{\alpha}^2 / 2PQ)}{(d)^2}$$

$$N = (1,96)^2 \times 0,332 \times (0,332 \times 1 - 0,332) / (0,10)^2$$

$$N = 0,60 / 0,01$$

$$N = 60$$

Sehingga sampel dalam penelitian ini adalah 60 responden

3.4 Instrumen Penelitian

a. Data Demografi

Data demografi meliputi usia klien, jenis kelamin.

b. Lembar Observasi Perilaku Nyeri

Hasil pengukuran intensitas nyeri disajikan dalam bentuk lembar observasi pada sampel yang ada. Untuk pengukuran intensitas nyeri digunakan skala *The Pain Numerical Rating Scale (PNRS)*. Skala terdiri dari 10 poin yang mana 0 menunjukkan “tidak ada nyeri” dan 10

menunjukkan “nyeri sangat berat”, penilaian dari 1-4 disamakan dengan nyeri ringan, 5-6 untuk nyeri sedang, dan 7-10 untuk nyeri berat (Serlin dkk, 1995 dalam Harahap, 2007).

c. Laporan Koping Klien

Bagian kedua pernyataan-pernyataan yang berkaitan dengan coping dalam menghadapi stres dan masalahnya. Kuisisioner ini terdiri dari 16 butir pernyataan, yang terbagi dalam 3 pernyataan yang mewakili perasaan optimis akan masa depan yaitu pernyataan nomor 1-3, 3 pernyataan yang mewakili dukungan sosial yaitu pernyataan nomor 4-6, 3 pernyataan yang mewakili sumber spiritual yaitu pernyataan nomor 7-9, 4 pernyataan yang mewakili kemampuan mengontrol situasi maupun perasaan yaitu pernyataan 10-13, 3 pernyataan yang mewakili menerima kenyataan yang ada yaitu pernyataan nomor 14-16. Pada kuisisioner pola coping menggunakan skala likert dengan pilihan mulai dari pernyataan sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Bobot nilai yang diberikan untuk setiap pernyataan 1 sampai 4, dimana jawaban sangat setuju (SS) mendapat nilai 4, setuju (S) mendapat nilai 3, tidak setuju (TS) mendapat nilai 2, dan sangat tidak setuju (STS) mendapat nilai 1.

3.5 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Teknik analisis uji validitas yang digunakan adalah *One Shot Analyze* yaitu sekali uji coba, pertanyaan atau variabel yang tidak valid langsung dikeluarkan dari daftar pertanyaan. Untuk menentukan

kevalidan item kuesioner digunakan Rumus korelasi *Pearson Product Moment*.

Korelasi Product Moment

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

- r_{xy} = koefisien korelasi
- $\sum$ = jumlah
- x = skor faktor atau butir pertanyaan
- y = skor total subyek
- N = jumlah responden atau sampel

(Arikunto, 2010)

Keputusan uji:

Bila r hitung $>$ r tabel : H_0 ditolak, artinya variabel valid.

Bila r hitung $<$ r tabel : H_0 ditolak, artinya variabel tidak valid.

Dalam penelitian ini untuk uji reliabilitas instrument peneliti menggunakan rumus Spearman Brown yaitu dengan meneliti langkah membuat tabel analisis butir soal atau pertanyaan.

Rumus Spearman Brown

$$r_{11} = \frac{2 \times r_{1/2 \ 1/2}}{(1 + r_{1/2 \ 1/2})}$$

Keterangan :

- r_{11} = reliabilitas instrument seluruh item
- $r_{1/2 \ 1/2}$ = r_{xy} yang disebut sebagai indeks korelasi antara dua

belahan instrumen.

3.6 Pengumpulan Data

Prosedur yang dilakukan dalam pengumpulan data yaitu pada tahap awal peneliti mengajukan permohonan izin pelaksanaan penelitian pada STIKes Karsa Husada kemudian kepada direktur RS TNI AD Guntur. Kemudian peneliti mengidentifikasi calon responden berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan, kriteria identifikasi pasien pasca bedah ini terdapat dalam lampiran. Peneliti menjelaskan terlebih dahulu tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian kepada calon responden. Lalu peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada kelompok responden, dan mempersilahkan calon responden yang bersedia menjadi responden menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) tersebut, dilanjutkan dengan pengisi kuisiner data demografi yang dilakukan peneliti dengan melakukan wawancara pada responden.

Peneliti melakukan pengukuran intensitas nyeri pada responden menggunakan skala intensitas nyeri numerik (*PNRS*) sebelum melakukan pengukuran peneliti menjelaskan terlebih dahulu tentang ketentuan nilai-nilai yang terdapat pada skala dan responden dapat memilih nilai skala sesuai dengan yang dirasakan, setelah hasilnya didapatkan, peneliti melingkari angka yang ditunjukkan oleh pasien. Setelah responden yang memiliki keluhan nyeri dengan mengetahui skala nyeri maka klien akan diberikan kuesioner tentang mekanisme coping, dalam

menangani keluhan nyeri tersebut.

3.7 Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah semua data dalam lembar observasi dikumpulkan dalam beberapa tahap dimulai dengan *editing* untuk memeriksa kelengkapan data, kemudian data yang sesuai diberi kode (*coding*) untuk memudahkan peneliti dalam melakukan tabulasi dan analisa data. Kemudian memasukkan (*entry*) data ke komputer dan dilakukan pengolahan data dengan menggunakan program komputerisasi. Untuk mengidentifikasi intensitas nyeri dan mekanisme koping pasien pasca bedah ORIF dengan menggunakan metode statistik deskriptif univariat dan ditabulasikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

3.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di RS TNI AD Guntur pada bulan Agustus 2019.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian tentang Gambaran Koping Individu dalam penanganan nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur telah dilaksanakan selama 2 minggu terhitung sejak 01-15 Agustus 2019. Penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 60 pasien dengan tehnik sampel *purposive sampling*. Pada bab ini akan dibahas hasil penelitian secara lebih lengkap.

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Karakteristik Umur

Hasil penelitian karakteristik umur pasien dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.1. Karakteristik Umur Responden

N	Mean	Standar Deviasi	Maximum	Minimum
60	30,17	7,39	45	18

Tabel 4.1. menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien adalah 30,17 tahun dengan standar deviasi 7,39 tahun. Umur terendah adalah 18 sedangkan umur tertinggi adalah 45.

4.1.2. Karakteristik Jenis Kelamin

Hasil penelitian karakteristik jenis kelamin pasien dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.2. Karakteristik Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	N	Frekuensi	%
Laki-laki	60	42	70,0
Perempuan		18	30,0

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki sebanyak 42 orang dengan persentase 70%.

4.1.3. Koping Individu dalam Menangani nyeri

Hasil gambaran koping individu dalam menangani nyeri pasien dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.3. Koping Individu

Koping	N	Frekuensi	%
Adaptif	60	32	53,3
Mal Adaptif		28	46,7

Tabel 4.3. menunjukkan bahwa sebagian besar koping individu dalam menangani nyeri adalah adaptif dengan jumlah 32 responden 53,3%

4.2. Pembahasan

Dalam penelitian ini berdasarkan Tabel 4.3. menunjukkan bahwa sebagian besar koping individu dalam menangani nyeri adalah adaptif dengan jumlah 32 responden 53,3% dan yang mal adaptif adalah 28 dengan persentase 46,7 %, maka dapat disimpulkan bahwa Gambaran Koping Individu dalam penanganan nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur lebih dari setengah menunjukkan hasil adaptif.

Tabel 4.1. menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien adalah 30,17 tahun dengan standar deviasi 7,39 tahun. Umur terendah adalah 18 sedangkan umur tertinggi adalah 45. Tabel 4.2. menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki sebanyak 42 orang dengan persentase 70%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menggunakan mekanisme koping adaptif untuk menghadapi nyeri. Smet (1998) menyatakan bahwa faktor faktor yang mempengaruhi mekanisme koping antara lain usia, jenis kelamin dan pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden berada dalam rentang usia dewasa, usia berhubungan dengan toleransi seseorang terhadap stres dan jenis stresor yang paling mengganggu, pada usia dewasa merupakan periode yang penuh tantangan, penghargaan dan krisis. (Siswanto, 2007). Mekanisme koping pada dewasa berhubungan dengan keadekuatan sumber psikologis untuk beradaptasi dengan keluhan nyeri (Carpenito, 2009).

Hasil penelitian menunjukan seluruh responder laki-laki, hal ini dikarenakan laki-laki memiliki cara menghadapi masalah lebih memperlihatkan reaksi aksi dengan perempuan lebih memperlihatkan reaksi emosional (Smet, 1998).

Koping merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik. Stuart dan Sundeen (1998) mengemukakan bahwa kemampuan koping dipengaruhi oleh antara lain faktor internal meliputi umur, kepribadian, intelegensi, pendidikan, nilai, kepercayaan, budaya, emosi dan kognitif dan faktor eksternal, meliputi suport sistem, lingkungan, keadaan finansial penyakit.

Hasil penelitian menunjukkan perempuan cenderung menggunakan koping yang adaptif dibandingkan laki-laki meskipun tidak signifikan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Amrulloh (2010) bahwa perempuan cenderung menggunakan strategi koping *PFC (Problem Focused Coping)* atau koping adaptif. Namun hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang ada kemungkinan dikarenakan adanya perbedaan subjek penelitian dan pengalaman terdahulu dari masing-masing individu.

Sasaran utama pasien pasca bedah orthopedi adalah pengurangan nyeri. Nyeri sangat hebat akan dialami pasien pasca bedah ORIF, edema, hematoma, dan spasme otot merupakan penyebab nyeri yang dirasakan. Beberapa pasien mengatakan bahwa nyeri hebat dirasakan setelah pembedahan, dan akan hilang setelah hari ke tiga atau empat pasca pembedahan. Tingkat dan respon nyeri pasien pasca bedah perlu dipantau

ketat, agar penambahan intensitas dan komplikasi nyeri tidak terjadi. Nyeri yang terus bertambah dan tak terkontrol perlu dilaporkan ke dokter bedah untuk dievaluasi (Brunner & Sudart, 2001).

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam yang dapat berupa perubahan cara berfikir, perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk mengatasi stres yang dihadapi (Keliat, 2008). Koping juga dapat didefinisikan sebagai usaha yang kognitif, perilaku dan emosi untuk mengatasi tuntutan eksternal dan atau internal yang dinilai sebagai beban atau melebihi sumber yang dimiliki seseorang. Koping merupakan proses yang dilalui oleh individu dalam menyelesaikan situasi stresfull. Koping tersebut merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologiknya (Rasmun, 2004).

Menurut Yani (1997 dikutip dari McGrath, 1970) koping merupakan proses dimana individu mencoba untuk mengurangi atau memindahkan stres atau ancaman. Koping merupakan kombinasi dari persepsi, penampilan, penilaian, dan koreksi yang diikuti dengan kegiatan lanjut dan perilaku terarah dengan tujuan menguasai, mengendalikan atau menyelesaikan masalah (Yani, 2007 dikutip dari Weimen 1976).

Perilaku koping membantu seseorang beradaptasi terhadap stressor dan kembali pada keadaan yang stabil sedangkan mekanisme pertahanan ego membantu seseorang menghindari ancaman (Berger & William, 2012).

Menurut Smeltzer & Bare (2011) berdasarkan dari 57 penelitian keperawatan yang ditelaah Jalowiec pada tahun 1993, ada lima koping yang sangat penting bila seseorang menghadapi penyakit yaitu mencoba merasa optimis mengenai masa depan, menggunakan dukungan sosial, menggunakan sumber spiritual, mencoba tetap mengontrol situasi maupun perasaan, dan mencoba menerima kenyataan yang ada. Koping cara lain yang ditemukan dalam penelitian tersebut adalah meliputi pencarian informasi, menyusun ulang prioritas kebutuhan dan peran, menurunkan tingkat harapan, melakukan kompromi, membandingkan dengan orang lain, perencanaan aktifitas untuk menghemat energi, memahami tubuhnya, dan melakukan bicara sendiri untuk meningkatkan keberanian diri.

Merasa optimis mengenai masa depan yaitu adanya harapan akan kesembuhan penyakitnya, adanya pikiran yang berpusat pada kepercayaan dasar bahwa ada solusi terhadap kebutuhan dan masalah yang sedang dihadapi.

Menggunakan dukungan sosial, dukungan sosial merupakan informasi verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial secara emosional merasa lega karena diperhatikan (Kuntjoro, 2002 dikutip dari Gottlib, 1983).

Menggunakan sumber spiritual, seperti berdoa, menemui pemuka

agama atau aktif pada pertemuan ibadah (Rasmun, 2004). Tidak sedikit klien yang menderita penyakit mencari dukungan spiritual dengan mendekatkan diri pada Tuhan sebagai sumber kopingnya, karena komponen dukungan spiritual adalah biribingan, yaitu adanya hubungan kerja atau hubungan sosial yang memungkinkan seseorang mendapatkan informasi, saran atau nasehat yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi dan berasal dari guru, alim ulama, dan figure yang dituakan dalam upaya mendekatkan diri pada Tuhan (Kuntjoro, 2001 dikutip dari Cutrona, 1994).

Mengontrol situasi maupun perasaan, merupakan pengendalian diri tanpa menunjukkan emosi atau bereaksi dengan tenang tanpa menunjukkan emosi atau perasaan (Wortman, dkk, 2009). Menerima kenyataan yang ada, menerima keadaan atau sadar akan keadaan dirinya yang menderita suatu penyakit dan cenderung mencari hikmah dari keadaan tersebut. Penerimaan berbagai kenyataan hidup merupakan keyakinan atau pandangan positif dapat menjadi sumber psikologis yang sangat penting untuk membentuk koping seseorang dalam menghadapi masalahnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai Gambaran Koping Individu dalam penanganan nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur, dapat disimpulkan bahwa Gambaran Koping Individu dalam penanganan nyeri pada pasien pasca bedah ORIF di RS TNI AD Guntur lebih dari setengahnya menunjukkan hasil adaptif.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian memberikan saran kepada berbagai pihak antara lain:

1. Bagi profesi keperawatan

Dalam pengembangan profesionalisme keperawatan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, kiranya dapat menjadikan hasil penelitian ini untuk memfasilitasi pasien pasca bedah ORIF agar dapat mengembangkan koping yang adaptif bagi mereka.

2. Untuk penelitian selanjutnya

Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan jumlah sampel yang lebih besar sehingga hasilnya lebih akurat dan dengan menggunakan pengklasifikasian jenis koping yang lainnya, serta pada keluhan nyeri pasien pasca bedah ORIF, sehingga dapat menggambarkan keadaan yang lebih sebenarnya tentang koping pasien. Serta diharapkan penelitian selanjutnya dapat mengelompokkan koping yang digunakan pasien tersebut adaptif atau maladaptif.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Barbara. (1996). *Perawatan Medikal Bedah I*. Bandung: Yayasan IAPK Pajajaran Bandung.
- Barbara. (1996). *Perawatan Medikal Bedah II*. Bandung: Yayasan IAPK Pajajaran Bandung.
- Brunner&Suddart. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol.1*. Jakarta: EGC
- Brunner&Suddart. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol.3*. Jakarta: EGC
- Carver,C.S. (1992). You want to measure coping but your protocol's too Long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4,92-100.
- Ikhsanuddin, H. (2007). *The Relationships among Pain Intensity, Pain Acceptance, and Pain Behaviors in Patients With Chronic Cancer Pain in Medan, Indonesia*. Songkala University: Master of Nursing Siciene
- Wydianingsih, Suryani,(2008). *Mekanisme koping dasar*. Jakarta : EGC.
- Nasir, Muhith,(2011), *Dasar-dasar keperawatan jiwa: pengantar dan teori*, Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, P. Griffin Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4 Volume 2*. Jakarta: EGC
- Priharjo, R. (1993). *Perawatan Nyeri, pemenuhan aktivitas istirahat*. Jakarta : EGC.

- Ramali. A. (2000). *Kamus Kedokteran : Arti dan Keterangan Istilah*. Jakarta: Djambatan
- Shone, N. (1995). *Berhasil Mengatasi Nyeri*. Jakarta: Arcan.
- Syaifuddin. (1997). *Anatomi fisiologi untuk siswa perawat*. edisi-2. Jakarta : EGC.
- Tamsuri, A. (2007). *Konsep dan penatalaksanaan nyeri*. Jakarta : EGC.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

KUISIONER PENELITIAN

GAMBARAN KOPING INDIVIDU DALAM MENGHADAPI RASA NYERI PADA PASIEN PASCA BEDAH ORIF DI RUMAH SAKIT TNI AD GARUT

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk kuisisioner yang akan digunakan untuk melakukan pengumpulan data terhadap subjek yang memenuhi kriteria penelitian.

Ada 2 bagian yang termasuk dalam kuesioner ini, yaitu:

- I. Bagian I Kuesioner data demografi
- II. Bagian II Kuesioner Koping Individu

Tanggal :

Alamat :

I. Kuesioner Data Demografi

Petunjuk pengisian : isilah data di bawah ini dengan lengkap dan berilah tanda checklist (✓) pada pilihan yang tersedia sesuai dengan situasi dan kondisi anda saat ini.

- 1. Usia: tahun
- 2. Jenis kelamin:
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan

Lembar Kuesioner Mekanisme Koping Individu

Petunjuk Pengisian

Isilah data dibawah ini dengan tepat dan benar. Berilah tanda (√) pada jawaban yang dianggap benar

II. Kuesioner Koping Individu

Petunjuk pengisian : Berilah tanda checklist (√) pada kolom jawaban yang tersedia sesuai dengan situasi dan kondisi yang anda alami, di mana SS: Sangat Setuju, S: Setuju, TS: Tidak Setuju, STS: Sangat Tidak Setuju.

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya merasa keajaiban akan terjadi, dimana Nyeri bekas operasi yang saya rasakan akan hilang dan saya bisa sembuh kembali normal				
2.	Saya menyadari bahwa situasi ini hanya sementara, bukan untuk selamanya.				
3.	Saya berharap dapat sembuh dari penyakit ini dan dapat memiliki kehidupan yang lebih baik.				
4.	Saya merasa dengan berbicara kepada orang lain dapat membantu saya menemukan jalan keluar atas permasalahan yang saya hadapi.				
5.	Saya merasa teman-teman dan keluarga dapat membantu saya dalam memecahkan masalah akibat perubahan yang terjadi di dalam diri saya karena patah tulang yang saya alami				
6.	Saya merasa mendapat perhatian dan kasih sayang, baik dari anggota keluarga, kerabat, dokter, dan perawat.				
7.	Saya merasa dengan melakukan ibadah sesuai keyakinan saya, akan membantu penyembuhan patah tulang ini				
8.	Saya merasa Tuhan akan memberikan kesembuhan atas penyakit saya				
9.	Saya merasa dengan berkonsultasi dengan tokoh agama atau bimbingan rohani mengenai masalah yang saya hadapi dapat mengurangi beban masalah saya.				

10.	Saya mencoba melupakan segala sesuatu yang dapat memperburuk keadaan saya.				
11.	Saya dapat mengurangi beban masalah saya dengan tidur lebih dari biasanya.				
12.	Saya mencoba membuat diri saya merasa lebih baik dengan cara makan, minum, dll.				
13.	Saya merasa bahwa penyakit saya ini tidak menimbulkan masalah bagi orang lain				
14.	Saya menerima perubahan fisik akibat penyakit yang diderita sekarang sebagai hal yang wajar.				
15.	Saya menerima kenyataan hidup yang saya alami saat ini.				
16.	Saya telah mempersiapkan diri untuk sesuatu hal yang buruk yang akan terjadi.				

Pilihan Jawaban:

Skala *Likert* dengan menggunakan 5 pilihan jawaban. Kuesioner terdiri dari pernyataan positif (*favorable*) dan negatif (*unfavorable*). Bobot penilaian untuk pernyataan positif (*favorable*) dimulai dari 1 sampai 5 yaitu TP (1), JR (2), KD (3), SR (4), dan SL (5), sedangkan untuk pernyataan negatif (*unfavorable*) bobot penilaian adalah SL (1), SR (2), KD (3), JR(4) dan TP (5).

(Rasmun, 2014).

No	Pernyataan	TP	JR	KD	SR	SL
1	Saya bergantung pada orang lain untuk melakukan apa yang tidak bisa saya lakukan sendiri terutama saat merasakan keluhan					
2	Saya mengungkapkan tentang yang saya Pikirkan					
3	Saya menghadapi masalah dengan melakukan/mencari tindakan yang tepat					
4	Saya mempertahankan hubungan personal dengan Tuhan walaupun sedang merasakan nyeri					
5	Saya melakukan yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dari suatu masalah					
6	Saya mengupayakan gaya hidup sehat (seperti olah raga, diet, stimulasi mental dan lain lan) untuk mempersiapkan diri saya di masa yang akan datang					
7	Saya menerima segala sesuatu yang terjadi karena pada dasarnya semua akan berjalan sesuai seperti yang diharapkan					
8	Saya berbicara pada diri sendiri untuk mengurangi kecemasan meskipun sedang nyri					
9	Saya merubah kebiasaan dalam memecahkan Masalah					
10	Saya mencoba meningkatkan kondisi (kesehatan) untuk mengantisipasi kebutuhan masa depan					
11	Saya memecahkan masalah menjadi tahap-tahap yang lebih kecil dan menyelesaikan satu demi satu					
12	Saya menerima hidup saya apa adanya dan melakukan yang terbaik untuk hidup saya					
13	Saya berusaha menekan atau menghindari emosi saya meskipun sedang nyeri					
14	Saya menjauhi sifat mengeluh dan frustrasi					
15	Saya menjaga hubungan yang baik dengan					

16	Saya mengembangkan kekuatan emosional oleh					
17	Saya merasa berdaya terhadap masalah yang					
18	Saya bisa melakukan teknik kontrol napas					
19	Saya akan merubah hal-hal yang negative					
20	Saya akan merubah pola berpikir dalam					
21	Saya belajar mengatasi masalah dari orang lain					
22	Saya menghadapi sendiri masalah saya dengan					
23	Saya melakukan latihan relaksasi (seperti					
24	Saya dapat mengungkapkan perasaan saya					
25	Saya memohon petunjuk Tuhan (Allah) dalam					
26	Saya aktif mencari informasi tentang masalah					
27	Saya merubah pola pikir untuk mengantisipasi					
28	Saya mencoba melakukan kegiatan lain untuk					
29	Saya percaya Tuhan akan menjawab semua					
30	Saya mencoba berpikir positif, hikmahnya					
31	Saya percaya ada hikmah dari Tuhan dibalik					
32	Saya membuat rencana penyelesaian masalah					
33	Saya melihat atau membandingkan dengan					
34	Saya mengabaikan masalah saya dan					
35	Saya melakukan latihan fisik tertentu untuk					
36	Pada saat ada masalah, saya berharap situasi					
37	Saya berkomunikasi dan bertukar nomor telpon					
38	Saya percaya Tuhan melihat apa yang saya					
39	Saya merubah kemampuan berpikir saya pada					
40	Saya merubah kebiasaan saya untuk membuat					

41	Saya mengikuti prinsip-prinsip agama dalam					
42	Saya yakin pada tujuan saya, tetap optimis dan					
43	Saya merubah cara pandang dalam melihat					
44	Saya merasa menyesal terhadap masalah yang					
45	Saya menguatkan diri dan bersungguh-sungguh					
46	Saya mencari dukungan orang lain dalam					
47	Saya menerima bantuan teman-teman dalam					
48	Saya mengubah tindakan saya dalam					
49	Saya berdoa pada Tuhan (Allah)					
50	Saya bergantung pada para ahli dan mengikuti					
51	Saya memelihara kebahagiaan dan kepuasan					
52	Saya berusaha melihat masalah dari sudut					
53	Saya merubah waktu aktivitas atau pekerjaan					
54	Saya mengerti memiliki keterbatasan, oleh					
55	Saya percaya ada hikmah dan maksud tertentu					
	dibalik apapun yang terjadi pada saya saat ini					
56	Saya mengeluarkan emosi terpendam saat ada					
57	Saya berusaha dua kali lebih kuat dalam					
58	Saya tidak khawatir dengan apa yang terjadi					
59	Saya mencoba mengelola waktu dengan baik,					
60	Saya memelihara hubungan baik dengan siapa					
61	Saya percaya dengan kekuasaan Tuhan					
62	Saya percaya ada pelajaran yang dipetik dari					
63	Saya percaya keputusan Tuhan adalah yang					
64	Saya mendapatkan hikmah dari apa yang sudah					

65	Dalam menghadapi masalah sesuai dengan					
66	Saya melakukan teknik meditasi untuk					
67	Saya bergantung pada pendapat orang lain yang					
68	Saya melihat dari sisi lucunya saja (humor)					

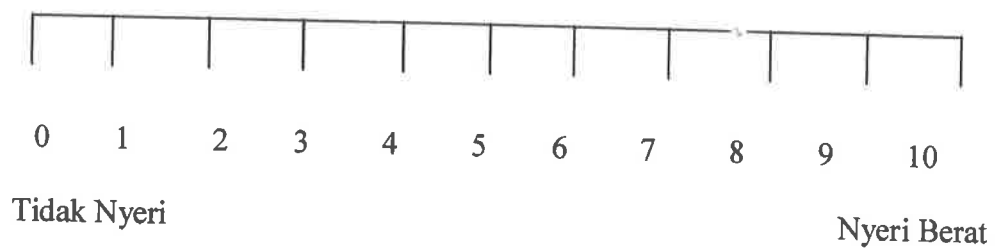
INSTRUMEN PENELITIAN

1. Lembar Observasi Hasil Pengukuran Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Bedah ORIF di Rumah Sakit Haji Adam Malik Medan

Petuniuk

Lingkarilah nomor/skala yang sesuai dengan nyeri yang dirasakan dengan patokan untuk tidak nyeri dan 10 untuk nyeri yang sangat berat

Skala Pengukuran Intensitas Nyeri Numerik (PNRS)



REKAPITULASI DATA HASIL PENELITIAN
GAMBARAN KOPING INDIVIDU DALAM PENANGANAN NYERI PADA PASIEN PASCA BEDAH ORIF
DI RS TNI AD GARUT

NO RESP	UMUR	GENDER	Mekanisme Koping																Jumlah Total	Kategori Koping
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
1	18	L	1	4	4	3	2	3	3	4	3	2	3	3	4	3	2	2	46	Adaptif
2	20	L	4	3	4	3	3	3	4	4	3	2	4	3	4	3	3	2	52	Adaptif
3	34	P	3	4	4	3	3	3	3	4	3	2	3	3	4	3	3	2	50	Adaptif
4	23	L	3	3	4	3	3	3	3	4	3	2	4	3	4	3	3	3	51	Adaptif
5	22	L	3	4	4	3	3	3	3	4	3	2	4	3	4	3	3	4	53	Adaptif
6	38	L	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	3	2	4	54	Adaptif
7	45	P	2	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	2	4	55	Adaptif
8	26	P	4	3	4	2	4	3	3	4	4	2	3	4	4	4	2	3	52	Adaptif
9	31	L	2	4	3	3	3	2	3	4	3	2	4	4	4	4	2	2	49	Adaptif
10	27	L	2	3	4	2	4	4	3	4	2	2	2	3	4	2	2	2	45	Adaptif
11	25	P	4	3	3	2	5	2	3	4	2	2	3	3	4	3	2	2	47	Adaptif
12	22	L	3	3	3	2	4	4	3	4	2	4	3	3	4	3	2	4	51	Adaptif
13	22	L	3	2	3	2	1	3	3	4	4	2	3	3	4	4	2	2	45	Adaptif
14	21	L	3	4	2	2	2	3	3	4	4	3	2	2	4	4	2	3	47	Adaptif
15	34	L	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	3	3	4	2	2	3	51	Adaptif
16	33	P	4	2	2	3	3	2	4	4	4	2	2	2	4	2	3	2	45	Adaptif
17	31	P	3	2	2	4	3	3	3	4	4	3	3	2	4	3	3	3	49	Adaptif
18	40	P	4	2	2	1	4	3	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	53	Adaptif
19	20	L	2	4	3	1	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	3	3	45	Adaptif
20	29	P	1	4	2	2	3	1	1	3	4	3	3	2	2	1	3	3	39	Maladaptif
21	28	L	1	4	1	3	3	2	1	3	4	3	2	1	3	2	3	3	39	Maladaptif
22	28	P	1	2	1	3	4	3	1	4	4	4	2	1	4	3	4	4	45	Adaptif
23	27	L	2	3	1	2	5	3	2	4	4	3	3	1	4	3	5	3	48	Adaptif
24	31	P	1	3	1	3	3	3	1	3	4	3	1	1	3	3	3	3	39	Maladaptif
25	42	L	2	3	3	3	3	4	2	3	4	3	2	3	3	4	3	3	48	Adaptif
26	45	L	1	1	3	2	3	4	1	3	2	3	1	3	3	4	3	3	40	Maladaptif

27	44	L	1	1	4	1	2	4	1	3	1	3	1	3	1	4	3	4	2	3	38	Maladaptif
28	36	L	1	1	3	3	2	3	1	3	3	2	1	3	3	3	3	2	2	2	36	Maladaptif
29	34	L	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	1	3	3	3	3	2	2	2	39	Maladaptif
30	23	P	1	3	4	3	2	4	1	3	3	2	1	4	3	4	2	2	2	2	42	Maladaptif
31	30	P	2	1	2	3	4	4	2	3	3	4	2	2	3	4	4	1	1	44	Maladaptif	
32	31	L	2	3	3	4	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	1	46	Adaptif	
33	27	L	3	4	3	2	3	3	3	4	2	3	3	2	3	4	3	3	3	48	Adaptif	
34	26	L	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	50	Adaptif	
35	28	L	1	3	4	2	4	3	1	3	2	3	1	4	3	3	4	3	3	44	Maladaptif	
36	22	L	3	1	4	2	3	2	3	3	2	3	3	4	3	4	3	2	3	44	Maladaptif	
37	22	L	3	2	2	2	3	1	3	3	2	3	3	3	2	3	1	3	1	37	Maladaptif	
38	31	L	2	2	2	1	4	2	2	3	1	4	2	2	3	2	3	2	4	37	Maladaptif	
39	32	L	1	2	4	3	4	1	1	4	3	4	1	4	4	1	4	1	4	42	Maladaptif	
40	33	L	1	2	4	4	1	1	1	3	4	1	1	4	3	1	1	1	1	33	Maladaptif	
41	43	L	3	1	3	4	2	1	3	4	4	2	3	3	4	1	2	2	2	42	Maladaptif	
42	41	L	3	3	2	3	2	1	3	3	3	2	3	2	3	1	2	2	2	38	Maladaptif	
43	27	L	2	3	2	3	4	1	2	4	3	4	2	2	4	1	4	1	4	45	Adaptif	
44	38	L	2	3	2	4	3	2	2	3	4	3	2	2	3	2	3	2	3	43	Maladaptif	
45	31	L	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	46	Adaptif	
46	31	L	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49	Adaptif	
47	34	L	3	4	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	45	Adaptif	
48	45	L	3	1	2	2	3	2	3	4	2	3	3	3	2	4	2	3	3	42	Maladaptif	
49	36	L	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	34	Maladaptif	
50	35	P	2	2	1	3	3	4	2	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	44	Maladaptif	
51	40	L	2	3	1	2	2	3	2	4	2	2	2	1	4	3	2	2	2	37	Maladaptif	
52	21	L	4	2	2	3	3	3	4	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	48	Adaptif	
53	21	L	4	2	3	2	3	2	4	4	2	3	4	3	4	2	3	3	3	48	Adaptif	
54	23	P	4	1	1	3	3	3	4	4	3	3	4	1	4	3	3	3	3	47	Adaptif	
55	28	P	4	2	1	3	2	2	4	3	3	2	4	1	3	2	2	2	2	40	Maladaptif	
56	23	P	3	1	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	40	Maladaptif	
57	32	L	4	3	3	3	1	2	4	3	3	1	4	3	3	2	1	1	1	41	Maladaptif	
58	34	L	2	3	4	2	2	2	2	3	2	2	2	4	3	2	2	2	2	39	Maladaptif	
59	21	P	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	2	2	2	2	32	Maladaptif	

60	23	P	2	2	3	2	3	2	2	4	2	3	2	3	3	4	2	3	3	42	Maladaptif
----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------