Penanganan Nyeri oleh Perawat pada Pasien Gangguan Jiwa
Fokus: Edukasi Nyeri Pasien dengan Tindakan Fiksasi

*Agus Haryanto Widagdo, M.Kep.,Sp.Kep.J
Rumah Sakit Jiwa Grhasia

Disampaikan dalam Webinar manajemen nyeri, 22Juli 2026

1 PENDAHULUAN

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual maupun potensial. Pada pelayanan kesehatan jiwa, nyeri sering kali kurang teridentifikasi karena perhatian tenaga kesehatan lebih banyak tertuju pada gejala psikiatri seperti agitasi, agresivitas, halusinasi, atau perilaku kekerasan.

Salah satu kondisi yang memerlukan perhatian khusus adalah tindakan restrain atau fiksasi. Meskipun dilakukan untuk menjamin keselamatan pasien maupun orang lain, restrain dapat menyebabkan ketidaknyamanan, nyeri otot, nyeri sendi, tekanan pada jaringan lunak, gangguan sirkulasi, hingga cedera kulit apabila tidak dipantau secara optimal. Oleh karena itu, perawat memiliki tanggung jawab untuk melakukan pengkajian nyeri secara berkala disertai edukasi kepada pasien agar pasien mampu mengenali, mengomunikasikan, dan mengelola nyeri yang dialaminya.

2 PENGKAJIAN NYERI

Gunakan pendekatan PQRST: P (Provocation), Q (Quality), R (Region), S (Severity), T (Time). Bila pasien sulit berkomunikasi gunakan observasi perilaku dan Faces Pain Scale.

2.1 Pengkajian Nyeri Menggunakan PQRST (Contoh kasus)

2.1.1 Identitas Singkat

- Nama : Tn. A
- Umur : 32 tahun
- Diagnosis medis : Skizofrenia dengan perilaku agresif
- Kondisi : Hari pertama dilakukan fiksasi empat titik karena risiko mencederai diri sendiri dan orang lain.

2.1.2 P (Provocation/Palliation)

Pertanyaan:

- Apa yang menyebabkan nyeri muncul?

- Apa yang membuat nyeri bertambah atau berkurang?

Hasil Pengkajian:

Pasien mengatakan:

"Tangan saya sakit karena diikat. Kalau sedikit digerakkan rasanya lebih sakit."

Nyeri bertambah saat mencoba menggerakkan pergelangan tangan dan berkurang ketika posisi lengan disesuaikan serta bantalan fiksasi diperbaiki.

2.1.3 Q (Quality)

Pertanyaan:

Seperti apa rasa nyerinya?

Hasil Pengkajian:

Pasien mengatakan:

"Seperti pegal dan tertarik."

2.1.4 R (Region/Radiation)

Pertanyaan:

- Di mana letak nyerinya?
- Apakah menjalar ke tempat lain?

Hasil Pengkajian:

Nyeri dirasakan pada kedua pergelangan tangan terutama di area pemasangan alat fiksasi. Tidak menjalar ke bagian tubuh lain.

2.1.5 S (Severity)

Pertanyaan:

- Berapa skala nyeri Anda (0–10)?

Hasil Pengkajian:

Pasien menunjukkan angka 5 pada Numeric Rating Scale (NRS).

Interpretasi:

- Nyeri sedang (5/10).

2.1.6 T (Time)

Pertanyaan:

- Sejak kapan nyeri muncul?
- Apakah terus-menerus atau hilang timbul?

Hasil Pengkajian:

Nyeri mulai dirasakan sekitar 30 menit setelah dilakukan fiksasi dan bersifat terus-menerus dengan intensitas meningkat ketika pasien berusaha melepaskan diri dari ikatan.

2.1.7 Dokumentasi

P : Nyeri muncul setelah pemasangan fiksasi, bertambah saat pergelangan tangan digerakkan, berkurang setelah posisi diperbaiki.

Q : Nyeri terasa pegal dan tertarik.

R : Pergelangan tangan kanan dan kiri, tidak menjalar.

S : Skala nyeri 5/10 (NRS).

T : Nyeri muncul sejak 30 menit setelah fiksasi dan dirasakan terus-menerus.

2.2 Pasien Sulit Berkomunikasi:

Pada pasien dengan agitasi berat, mutisme, disorganisasi pikir, atau penurunan kesadaran, pengkajian nyeri dilakukan menggunakan observasi perilaku disertai Faces Pain Scale bila pasien masih dapat menunjuk gambar.

2.2.1 Observasi Perilaku Nyeri

Hal-hal yang diamati antara lain:

Aspek Observasi	Temuan
Ekspresi wajah	Meringis, dahi berkerut
Vokalisasi	Mengerang, berteriak saat ekstremitas disentuh
Gerakan tubuh	Berusaha menarik tangan dari alat fiksasi, gelisah
Ketegangan otot	Otot lengan tampak tegang
Respons saat area disentuh	Menarik ekstremitas, menunjukkan perilaku defensif
Tanda vital	Nadi meningkat, tekanan darah meningkat, frekuensi napas meningkat

Dokumentasi

Pasien tidak mampu menjawab pertanyaan secara verbal. Tampak meringis, berusaha menarik kedua tangan dari alat fiksasi, mengerang ketika pergelangan tangan disentuh, serta tampak gelisah. Nadi 108 kali/menit, tekanan darah 150/90 mmHg, frekuensi napas 24 kali/menit.

Temuan mengarah pada adanya nyeri sedang hingga berat sehingga diperlukan evaluasi pemasangan fiksasi dan intervensi manajemen nyeri.

2.2.2 Menggunakan Faces Pain Scale

Perawat menunjukkan kartu **Faces Pain Scale** kepada pasien.

Instruksi:

"Tolong tunjuk wajah yang paling menggambarkan rasa sakit yang Anda rasakan sekarang."

Contoh

Pasien menunjuk wajah nomor **6**.

Interpretasi:

- Faces Pain Scale = **6/10**
- Menunjukkan nyeri sedang.

Apabila pasien menunjuk wajah nomor **8**, maka diinterpretasikan sebagai nyeri berat dan perlu dilakukan evaluasi segera terhadap penyebab nyeri, termasuk kemungkinan tekanan berlebih pada area fiksasi, sirkulasi yang terganggu, atau cedera jaringan.

Catatan Keperawatan

Tanggal/Jam: 22 Juli 2026, 10.00 WIB

Dilakukan pengkajian nyeri pada pasien yang menjalani fiksasi empat titik. Pasien sulit berkomunikasi secara verbal karena agitasi. Tampak meringis, gelisah, berusaha menarik kedua tangan dari alat fiksasi, dan mengerang saat pergelangan tangan disentuh. Sirkulasi distal masih baik (CRT <2 detik, warna kulit kemerahan normal, suhu hangat). Pasien menunjuk **Faces Pain Scale skor 6/10**, yang menunjukkan nyeri sedang. Dilakukan evaluasi pemasangan fiksasi, penyesuaian posisi ekstremitas, pemberian bantalan pada area penekanan, edukasi singkat untuk menenangkan pasien, serta pemantauan ulang intensitas nyeri sesuai prosedur.

Catatan: Pada pasien gangguan jiwa yang difiksasi, pengkajian nyeri tidak hanya berfokus pada keluhan subjektif, tetapi juga pada observasi perilaku, pemeriksaan sirkulasi distal (warna kulit, suhu, nadi perifer, pengisian kapiler), dan evaluasi adanya tekanan atau cedera akibat alat fiksasi. Pendekatan ini membantu memastikan keamanan pasien sekaligus mencegah komplikasi selama tindakan fiksasi.

3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nyeri akut; Nyeri kronis; Gangguan kenyamanan.

4 INTERVENSI FARMAKOLOGI

Kolaborasi pemberian parasetamol, NSAID, atau opioid sesuai indikasi dan pemantauan efektivitas serta efek samping.

5 INTERVENSI NONFARMAKOLOGIS DALAM MANAJEMEN NYERI

Intervensi nonfarmakologis merupakan tindakan mandiri perawat yang bertujuan mengurangi intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan pasien, mengurangi kecemasan, memperbaiki kemampuan koping, serta meningkatkan efektivitas terapi farmakologis. Pada pasien gangguan jiwa, intervensi ini tidak hanya berfungsi mengurangi persepsi nyeri, tetapi juga membantu menurunkan agitasi, meningkatkan rasa aman, memperbaiki hubungan terapeutik, dan mengurangi ketergantungan terhadap analgesik maupun sedatif. Pemilihan teknik harus mempertimbangkan kondisi fisik, status mental, kemampuan komunikasi, serta kemampuan pasien dalam mengikuti instruksi.

Secara umum, teknik nonfarmakologis yang dapat diajarkan dan diterapkan oleh perawat dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok utama, yaitu teknik relaksasi, teknik distraksi, dan teknik fisik.

5.1 Teknik Relaksasi

Teknik relaksasi merupakan intervensi yang bertujuan menurunkan aktivasi sistem saraf simpatis, meningkatkan aktivitas parasimpatis, mengurangi ketegangan otot, menurunkan kecemasan, serta mengurangi persepsi nyeri. Teknik ini relatif mudah diajarkan kepada pasien dan dapat diterapkan baik pada pasien rawat inap maupun pasien yang menjalani restrain apabila kondisi memungkinkan.

5.1.1 Relaksasi Napas Dalam (Deep Breathing Exercise)

5.1.1.1 Pengertian

Relaksasi napas dalam merupakan latihan pernapasan yang dilakukan secara perlahan dan terkontrol untuk meningkatkan oksigenasi, menurunkan ketegangan otot, serta memberikan efek relaksasi.

5.1.1.2 Tujuan

- Menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis.
- Mengurangi ketegangan otot.
- Menurunkan kecemasan.
- Mengurangi persepsi nyeri.
- Memberikan rasa nyaman.

5.1.1.3 Langkah-langkah

1. Atur posisi pasien senyaman mungkin.
2. Minta pasien menutup mata apabila nyaman.
3. Tarik napas melalui hidung selama ±4 detik.
4. Tahan napas selama 2–3 detik.
5. Hembuskan melalui mulut selama ±6 detik.
6. Rasakan tubuh semakin rileks.
7. Ulangi 5–10 kali.

Pada pasien restrain teknik ini tetap dapat dilakukan karena tidak memerlukan perubahan posisi tubuh.

5.1.2 Progressive Muscle Relaxation (PMR)

5.1.2.1 Pengertian

Teknik relaksasi yang dilakukan dengan cara mengencangkan kemudian melemaskan kelompok otot tertentu secara bertahap.

5.1.2.2 Tujuan

- Mengurangi spasme otot.
- Mengurangi ketegangan.
- Menurunkan nyeri.
- Memberikan relaksasi.

5.1.2.3 Langkah-langkah

- Kepalkan tangan selama lima detik.
- Lepaskan perlahan.
- Rasakan perbedaannya.
- Lanjutkan pada:
    - lengan,

- bahu,
- wajah,
- perut,
- tungkai.

Tidak dilakukan pada ekstremitas yang sedang difiksasi.

5.1.3 Guided Imagery (Imajinasi Terbimbing)

5.1.3.1 Pengertian

Teknik relaksasi menggunakan imajinasi untuk membawa pasien membayangkan situasi yang menyenangkan sehingga perhatian terhadap nyeri berkurang.

5.1.3.2 Contoh:

Perawat mengatakan:

"Bayangkan Bapak sedang berada di pantai yang tenang. Rasakan angin sejuk, dengarkan suara ombak, dan rasakan tubuh menjadi semakin rileks."

Dilakukan selama sekitar lima hingga sepuluh menit.

5.1.4 Hipnosis Lima Jari

5.1.4.1 Pengertian

Hipnosis lima jari merupakan teknik relaksasi berbasis sugesti positif yang banyak digunakan dalam praktik keperawatan jiwa di Indonesia sebagai terapi komplementer.

5.1.4.2 Tujuan

- Mengurangi kecemasan.
- Mengurangi persepsi nyeri.
- Memberikan rasa nyaman.

5.1.4.3 Langkah-langkah

Ibu jari menyentuh:

- Telunjuk → mengingat pengalaman paling menyenangkan.
- Jari tengah → mengingat saat tubuh sehat.
- Jari manis → mengingat orang yang paling disayangi.
- Kelingking → membayangkan tubuh menjadi nyaman dan nyeri berkurang.

Dilakukan sekitar lima hingga sepuluh menit.

5.1.4.4 Kontraindikasi relatif

- agitasi berat,
- halusinasi dominan,
- pasien tidak mampu mengikuti instruksi.

5.2 Teknik Distraksi

Distraksi merupakan teknik mengalihkan perhatian pasien dari stimulus nyeri menuju stimulus lain yang lebih menyenangkan sehingga persepsi nyeri berkurang.

5.2.1 Distraksi Visual

Contoh

- melihat pemandangan,
- melihat foto keluarga,
- melihat video alam,
- memperhatikan lukisan atau benda tertentu.

5.2.2 Distraksi Auditorik

Contoh

- musik instrumental,
- musik klasik,
- murottal,
- musik religi,
- suara alam.

5.3 Distraksi Kognitif

Contoh

- menghitung mundur,
- menyebut nama buah,
- menyebut nama hewan,
- permainan memori,
- teka-teki sederhana.

5.4 Distraksi Sosial

Dilakukan melalui komunikasi terapeutik.

Contoh

- "Apa hobi Bapak?"
- "Dulu bekerja sebagai apa?"
- "Ceritakan keluarga Bapak."

Teknik ini sangat sesuai diterapkan pada pasien gangguan jiwa karena sekaligus meningkatkan hubungan terapeutik.

6 TEKNIK FISIK

Teknik fisik bertujuan mengurangi nyeri melalui stimulasi jaringan, peningkatan sirkulasi darah, pengurangan inflamasi, serta pencegahan komplikasi akibat imobilisasi.

6.1 Kompres Hangat

6.1.1 Indikasi

- spasme otot,
- nyeri muskuloskeletal,
- kekakuan sendi.

6.1.2 Lama tindakan

15–20 menit.

6.2 Kompres Dingin

6.2.1 Indikasi

- inflamasi,
- memar,
- trauma akut.

6.2.2 Lama tindakan

10–15 menit.

6.3 Massage Ringan

6.3.1 Teknik

- effleurage,
- usapan ringan,
- gerakan melingkar.

6.3.2 Durasi

10–15 menit.

Tidak dilakukan pada area restrain, luka, atau inflamasi.

6.4 Positioning

Pada pasien restrain, positioning merupakan tindakan penting untuk mencegah nyeri dan komplikasi.

Perawat perlu:

- mengevaluasi posisi tubuh minimal setiap dua jam atau sesuai SOP,
- memastikan ikatan restrain tidak terlalu kencang,
- memeriksa sirkulasi perifer,
- memberikan bantalan pada area penonjolan tulang,
- memantau integritas kulit.

6.5 Latihan Rentang Gerak Pasif (Passive Range of Motion)

ROM pasif dilakukan pada pasien yang tidak mampu menggerakkan ekstremitas secara mandiri untuk mempertahankan mobilitas sendi, meningkatkan sirkulasi, mengurangi kekakuan, dan mencegah kontraktur.

6.5.1 Langkah-langkah

Perawat menggerakkan sendi secara perlahan sesuai rentang gerak fisiologis, meliputi fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, serta rotasi apabila tidak terdapat kontraindikasi. Setiap gerakan dilakukan sekitar 5–10 kali dengan memperhatikan respons pasien dan menghentikan tindakan apabila timbul nyeri yang meningkat atau resistensi.

7 EDUKASI NYERI

Ajarkan pasien mengenali nyeri, menggunakan skala nyeri, melaporkan nyeri, mempraktikkan teknik nonfarmakologi, serta menjelaskan bahwa fiksasi bukan hukuman dan pasien berhak melaporkan nyeri, baal, kesemutan, atau ikatan yang terlalu kencang. Edukasi keluarga mengenai tanda nyeri dan dukungan.

7.1 Pentingnya Edukasi Nyeri di Rumah Sakit Jiwa

Beberapa alasan antara lain:

- pasien skizofrenia sering mengalami gangguan komunikasi
- pasien mania sulit mempertahankan perhatian
- pasien dengan delirium atau gangguan kognitif sulit menjelaskan nyeri
- pasien yang sedang diikat (restrain) berisiko mengalami nyeri muskuloskeletal

- efek samping antipsikotik (distonia, akatisia) sering disalahartikan sebagai agitasi padahal menimbulkan nyeri
- pasien kadang menganggap nyeri sebagai hukuman sehingga tidak melaporkannya

7.2 Tujuan Edukasi Nyeri

Setelah mendapatkan edukasi pasien diharapkan mampu

- mengenali tanda-tanda nyeri
- mengetahui bahwa nyeri boleh dan harus dilaporkan
- menggunakan skala nyeri sederhana
- memahami bahwa perawat akan membantu mengurangi nyeri
- mengetahui cara sederhana mengurangi nyeri selama restrain dilakukan

7.3 Materi Edukasi Nyeri

7.3.1 Mengenali Nyeri

Jelaskan bahwa nyeri dapat berupa

- pegal
- ngilu
- panas
- tertarik
- kesemutan
- kram
- tertusuk

Pada pasien psikiatri gunakan bahasa sederhana.

Contoh:

"Kalau tangan terasa sakit, pegal, kesemutan, atau terlalu kencang, Bapak boleh langsung bilang kepada perawat."

7.3.2 Cara Melaporkan Nyeri

Ajarkan pasien mengatakan

"Saya sakit."

"Tangan saya sakit."

"Kaki saya kesemutan."

"Talinya terlalu kencang."

Untuk pasien yang sulit berkomunikasi dapat menggunakan gambar wajah (Faces Pain Scale).

7.3.3 Menggunakan Skala Nyeri

Untuk pasien yang kooperatif gunakan Numeric Rating Scale 0–10.

Untuk pasien dengan gangguan komunikasi dapat menggunakan

- Faces Pain Scale
- FLACC
- CPOT (bila diperlukan)

7.3.4 Nyeri Saat Fiksasi

Berikan edukasi bahwa

- fiksasi bukan hukuman
- bila terasa sakit segera laporkan
- perawat akan memeriksa ikatan secara berkala
- posisi tubuh akan diubah bila memungkinkan
- sirkulasi darah akan diperiksa

7.3.5 Cara Mengurangi Nyeri

Ajarkan

- latihan napas dalam
- relaksasi
- distraksi
- perubahan posisi sesuai kondisi
- latihan gerak pasif bila diperbolehkan

7.4 Edukasi Khusus pada Pasien yang Difiksasi

Hal-hal yang perlu dijelaskan kepada pasien

- ✔ alasan dilakukan restrain
- ✔ lama tindakan
- ✔ pemeriksaan rutin setiap 15–30 menit sesuai SOP
- ✔ pemeriksaan kulit
- ✔ pemeriksaan sirkulasi
- ✔ pasien tetap berhak mengatakan bila sakit
- ✔ perawat akan membantu mengurangi nyeri

7.5 Peran Perawat

Perawat bertanggung jawab untuk

- melakukan asesmen nyeri sebelum restrain
- melakukan asesmen nyeri selama restrain
- memberikan edukasi
- mendokumentasikan nyeri
- mengevaluasi efektivitas edukasi
- melakukan intervensi farmakologi maupun nonfarmakologi

7.6 Hambatan Edukasi pada Rumah Sakit Jiwa

Hambatan	Solusi
Halusinasi	Berikan edukasi saat pasien lebih tenang
Waham	Gunakan komunikasi sederhana
Agitasi	Edukasi setelah kondisi stabil
Defisit kognitif	Gunakan gambar dan demonstrasi
Efek sedasi obat	Edukasi diulang beberapa kali
Pasien restrain	Edukasi singkat setiap monitoring

7.7 Contoh Edukasi oleh Perawat

"Bapak, tangan Bapak sekarang sedang dipasang pengaman supaya Bapak tidak cedera. Kalau terasa sakit, pegal, kesemutan, terlalu kencang, atau tidak nyaman, segera beri tahu saya. Saya akan memeriksa tali pengaman dan membantu mengurangi rasa sakitnya."

7.8 Evaluasi Edukasi

Keberhasilan edukasi dapat dilihat bila pasien mampu

- menyebutkan apa itu nyeri
- menunjukkan lokasi nyeri
- menyebutkan skala nyeri
- melaporkan nyeri tanpa diminta
- melakukan teknik napas dalam
- memahami kapan harus memanggil perawat

8 IMPLEMENTASI

Laksanakan sesuai kondisi fisik dan status mental pasien. Pada pasien restrain lakukan pemantauan nyeri, sirkulasi, integritas kulit, perubahan posisi, dan edukasi berulang.

9 EVALUASI

Skala nyeri menurun, pasien mampu melaporkan nyeri, tampak rileks, aktivitas meningkat, menggunakan teknik yang diajarkan, serta tidak terjadi komplikasi akibat restrain.

10 PENUTUP

Penatalaksanaan nyeri pada pasien gangguan jiwa memerlukan pendekatan bio-psiko-sosial yang komprehensif. Edukasi nyeri merupakan peran penting perawat untuk meningkatkan keselamatan, kenyamanan, dan kualitas asuhan.