

Psikologi dan Manajemen Rasa Sakit-Nyeri

**M. Noor Rochman Hadjam
Fakultas Psikologi
Universitas Gadjah Mada**

Keluhan adanya rasa nyeri atau sakit yang sering kali merupakan alasan utama bagi pasien untuk mendapatkan perawatan medis. Rasa nyeri atau sakit yang dirasakan sebenarnya merupakan salah tanda/signal mengenai adanya kerusakan dalam tubuh pasien. Keluhan rasa sakit atau nyeri sering kali dikaitkan dengan intensitas sakit atau nyeri yang dirasakan. Intensitas nyeri atau rasa sakit yang dirasakan pasien dapat menunjukkan tingkat kerusakan atau cedera yang dialami individu. Meskipun demikian, pasien juga dapat mengalami kerusakan jaringan fisik yang cukup parah akan tetapi tidak mengeluhkan adanya rasa sakit atau nyeri dan sebaliknya, dapat dimungkinkan individu yang mengalami cedera atau kerusakan jaringan yang ringan tetapi merasa amat sangat kesakitan. Makalah ini membahas mengenai proses munculnya rasa nyeri atau sakit di dalam tubuh sebagai stimulus fisiologis maupun psikologis, dan respon rasa nyeri sebagai fenomena yang kompleks yang melibatkan sensorik, perilaku (motorik), emosi, maupun komponen budaya serta factor psikologi yang berhubungan dalam persepsi rasa sakit/nyeri. Makalah ini juga membahas mengenai salah satu pendekatan psikologis dalam manajemen nyeri dan terapi bagi pasien dengan pendekatan cognitive behavior therapy.

Keywords: manajemen nyeri, nyeri, sakit, respon psikologis, cognitive behavior therapy

PENDAHULUAN

Nyeri atau rasa sakit merupakan respon yang paling dipahami individu ketika mengalami cedera. Rasa sakit melekat pada sistem syaraf manusia dan merupakan pengalaman individual yang berlangsung lama. Keluhan adanya rasa nyeri atau sakit sering kali merupakan alasan utama bagi individu untuk mendapatkan perawatan medis. Nyeri sebenarnya merupakan salah satu signal bagi individu mengenai adanya kerusakan dalam tubuh. Nyeri berfungsi sebagai salah satu mekanisme pertahanan tubuh melalui peringatan ke otak mengenai adanya jaringan yang mungkin dalam keadaan bahaya. Meskipun demikian nyeri juga dapat dipicu tanpa adanya kerusakan jaringan fisik. intensitas nyeri sering kali menunjukkan tingkat kerusakan atau cedera yang dialami individu. Meskipun, tingkat kerusakan jaringan tubuh yang dialami individu tidak selalu berhubungan dengan pengalaman sakit. Kemungkinan individu dapat mengalami kerusakan jaringan fisik tanpa diikuti rasa sakit atau nyeri. Sangat dimungkinkan individu yang mengalami cedera atau kerusakan jaringan yang parah tetapi tidak mengeluh adanya rasa sakit/nyeri dan sebaliknya, dimungkinkan individu yang mengalami cedera atau kerusakan jaringan yang ringan tetapi merasa amat sangat kesakitan. Beberapa fakta membuktikan bahwa nyeri bukan merupakan indikator adanya kerusakan jaringan dan jaringan yang rusak bukan merupakan indikator dari nyeri/sakit yang dirasakan.

Respon nyeri itu sendiri merupakan fenomena kompleks yang melibatkan sensorik, perilaku (motorik), emosi, dan komponen budaya. Begitu impuls rasa sakit diterima oleh otak, interptasi rasa sakit itu sendiri dipengaruhi oleh faktor-faktor biologis, psikologis, dan sosial yang saling berkaitan. Respon nyeri mengaktifkan Nociceptors. Nociceptors merupakan serabut saraf yang merangsang rasa sakit. Setelah Nociceptors dirangsang, impuls "rasa sakit" dikirim ke otak sebagai peringatan bahwa terjadi ancaman terhadap tubuh. Respon emosional yang muncul dapat diekspresikan individu dalam bentuk menjerit, menangis, atau hanya berpikir bahwa dirinya sakit sampai pingsan. Ketika individu merasa sangat kesakitan atau mengalami rasa sakit yang tidak terduga, loop refleks langsung mengaktifkan respon perilaku dengan mengirimkan instruksi ke saraf motorik untuk menggerakkan bagian tubuh menjauhi stimulus. Sebagai contoh ketika kita memegang

kompor panas, rangsangan itu mengaktifkan serabut saraf khusus untuk mengirim sinyal melalui jaringan saraf perifer melalui impuls sumsum tulang belakang ke otak. Ketika impuls aferen mencapai sumsum tulang belakang, loop refleks terbentuk dalam saluran untuk mengaktifkan otot-otot yang diperlukan untuk menggerakkan jari tangan kita untuk menjauhi stimulus. Dorongan sisa refleks melanjutkan ke otak, kemudian diterjemahkan sebagai rasa sakit, dan kita menanggapi dengan mengatakan "Aduh!" Atau pilihan kata-kata lain. Ketika individu memiliki pengetahuan tentang stimulus yang berpotensi menimbulkan rasa sakit, seperti menerima suntikan, mekanisme kognitif dapat menghambat loop refleks dan menghalangi respon perilaku. Seiring meningkatnya stimulus yang menimbulkan rasa sakit, dalam situasi ini diperlukan upaya sadar untuk menjaga agar tidak menghasilkan respon untuk menghindari stimulus.

Komponen emosional terjadi saat kita meringis, membuat kepalan tangan, atau berpikir "apa yang dilakukan orang itu kepada saya.". Komponen budaya nyeri hampir terlalu kompleks untuk didefinisikan. Namun, persepsi rasa sakit telah dikaitkan dengan etnis dan status sosial ekonomi. Sebagai contoh : beberapa penelitian menyebutkan bahwa pasien Italia dinilai kurang mampu mengekspresikan rasa sakit dibandingkan pasien Irlandia atau Anglo-Saxon. Pada akhirnya, komponen budaya dapat dilihat sebagai variabel yang berhubungan dengan lingkungan di mana seseorang dibesarkan dan bagaimana lingkungan memberi respon terhadap rasa sakit. Masing-masing individu mempunyai cara berbeda-beda dalam merespon rasa sakit dan mengelola sakit. Melalui pemahaman dan prediksi mengenai perbedaan tersebut, kita mungkin dapat meningkatkan efektivitas pengobatan/treatment yang dilakukan.

Proses nyeri

Input Noxious atau stimulus nociceptive menyebabkan aktivasi membran nyeri. Rasa nyeri/sakit dipicu oleh dorongan mekanik awal cedera (apakah mendadak atau bertahap) dan dilanjutkan oleh iritasi kimia yang dihasilkan dari proses inflamasi. Dalam kondisi subakut dan kronis, nyeri dapat dilanjutkan oleh refleks kejang otot dalam umpan balik positif atau melalui iritasi kimia terus menerus dan berkelanjutan. Respon nyeri dimulai oleh stimulasi nociceptors. Nociceptors merupakan syaraf khusus yang merespon rangsangan rasa sakit. Tekanan mekanis atau cedera merangsang jaringan-jaringan nociceptors mechanosensitive. Nociceptors mechanosensitive diaktifkan oleh berbagai zat kimia yang dilepaskan selama respon inflamasi. Iritasi kimia di ujung saraf dapat menghasilkan respon sakit parah tanpa kerusakan jaringan yang sebenarnya. Tidak seperti jenis reseptor saraf lain, nociceptors menunjukkan sensitivitas stimulasi berulang atau berkepanjangan. Selama proses inflamasi, ambang batas untuk memulai potensi tindakan perlu diturunkan kemudian melanjutkan siklus stimulasi reseptor chemosensitive. Untuk memahami kompleksitas rasa sakit, keterlibatan berbagai jalur neurofisiologis sangat penting dalam transmisi, persepsi, dan inhibisi rasa sakit. Sistem saraf membentuk jaringan aferen dan eferen yang kompleks. Hal ini berfungsi untuk mengirimkan dan bereaksi terhadap impuls dimana otak merasakan sebagai sesuatu yang menyakitkan. Semua impuls berbahaya ditransmisikan melalui afferent ke thalamus, proses ini menghasilkan stimulus rasa sakit yang memicu proses fisiologis dan psikologis sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya

Modulasi nyeri

Respon nyeri akut dimulai dengan stimulus noxious. Segera setelah trauma primer terjadi hiperalgesia. Hiperalgesia yaitu penurunan ambang batas saraf terhadap rangsangan berbahaya dan pembesaran respon nyeri. Dalam hitungan jam, hiperalgesia sekunder terjadi, daerah yang sakit berupa kimia menyebar ke dalam jaringan dan sekitarnya yang menyebabkan hipersensitivitas. Proses terjadinya nyeri selalu dimulai dengan stimulus kimia.

Selama trauma akut, Dinding sel menjadi rusak hal ini menyebabkan dopamin dan norepinefrin (NE) akan dirilis dari prekursor pada membran sel yang menyebabkan aktivasi phospholipase. Membran sel melepaskan asam arakidonat, pada saat itu siklooksigenase dirubah menjadi prostaglandin. Prostaglandin memiliki banyak peran dalam peradangan, dan membuat ujung saraf menjadi lebih peka pada bahan kimia lainnya yaitu bradikinin, Yang pada gilirannya memulai nosisepsi. Bradikinin, ditemukan dalam plasma dan dilepaskan selama pembekuan yang mengikuti cedera. Bradikinin merupakan aktivator langsung nosisepsi. NSAID berperan penting dalam nyeri akut, mereka menghalangi pembentukan siklooksigenase dan mencegah sintesis prostaglandin. Oleh karena itu, itu NSAID sangat penting sebagai mediator awal gangguan rasa sakit dan siklus inflamasi

Membran Nyeri

Membran A-delta merupakan jenis saraf yang mengirimkan informasi rasa sakit. Membran A-Delta sering ditafsirkan oleh otak sebagai nyeri terbakar atau menyengat. Membran C- merupakan jenis saraf yang mengirimkan informasi rasa sakit sering diinterpretasikan/diartikan oleh otak sebagai nyeri yang berdenyut, ketika terjadi cedera, membran A-delta dan C membawa rangsangan noxious dari pinggiran ke ujung dorsal sumsum tulang belakang. Stimuli noxious mengaktifkan 10-20% dari membran A-delta dan membran 50-80% dari C. Dipicu oleh tekanan mekanis yang kuat atau panas yang intens, membran A-delta menghasilkan sensasi rasa sakit yang cepat dan bersifat lokal. Sedangkan membran C yang dipicu oleh rangsangan termal, mekanik, dan kimia akan menghasilkan sensasi yang lebih menyebar, sebagai contoh setelah cedera, seperti pergelangan kaki terkilir, kita merasa sensasi yang tajam, bersifat lokal, menyengat atau seperti terbakar, sensasi ini berasal dari membran A-delta. Reaksi awal ini memungkinkan individu untuk menyadari bahwa telah terjadi trauma dan mengenali respon sebagai nyeri. Dalam waktu yang cepat, sensasi menyengat atau pembakaran berubah menjadi sensasi sakit atau berdenyut, yang menunjukkan aktivasi membran C. Jenis ketiga dari membran saraf perifer aferen disebut sebagai membran A-beta. Membran A Beta berfungsi untuk merespon sentuhan ringan dan memberikan informasi mekanis dengan intensitas rendah.

Ascending Pathways

Syaraf tahap pertama yaitu syaraf A-beta, A-delta, dan C syaraf-syaraf tersebut berasal dari pinggiran dan berakhir di daerah yang berbeda dari ujung dorsal. Materi abu-abu dari sumsum tulang belakang dibagi menjadi 10 lapisan sel tubuh yang disebut lamina. Sebelum synapsing di lamina, saraf aferen perifer masuk ke saluran Lissauer. Dimana membran A-delta dan C membagi dan mengirim impuls naik dan turun 1 hingga 2 tingkat di ruas tulang belakang. Setelah dorsal di ujung sumsum tulang belakang, membran kecil A-delta dan C bertemu neuron dan berakhir di berbagai lamina. Lamina I berisi beberapa jenis neuron. Dua neuron yang menarik adalah neuron Wide-dinamis-range (WDR) dan neuron Nociceptive-spesifik (NS). Neuron WDR- merupakan neuron yang merespon baik rangsangan berbahaya maupun rangsangan tidak berbahaya. sedang neuron NS merupakan neuron yang merespon hanya rangsangan berbahaya. Neuron-neuron dalam lamina I adalah bagian dari sel-sel yang membentuk Long Spinothalamic tract (STT).

Substantia gelatinosa (SG), ditemukan sebagian dalam lamina II. SG mengandung neuron kecil internuncial. SG ini dapat merangsang atau menghambat transmisi stimulasi noxious. Neuron dalam SG mengirim axon ke lamina I dan melepaskan asam enkephalin dan gamma-aminobutyric acid yang merangsang atau menghambat transmisi stimulasi noxious. Lamina III dan IV- yang terdiri dari sel neuron WDR dan mechanoreceptors pada batas rendah. Mechanoreceptors memainkan peran yang terbatas dalam modulasi dan transmisi rasa sakit. Lamina V- merupakan sinapsis utama dari membran A-delta dan C di tanduk

dorsal. Lamina V juga memiliki sel WDR yang besar yang merespon spektrum rangsangan dari sentuhan ringan hingga tekanan mekanik dan panas. Sel-sel dari lamina WDR I & 5 membentuk membran mayoritas dalam STT.

Ketika neuron urutan pertama berhenti maka neuron urutan kedua mulai. Neuron urutan kedua terletak di sumsum tulang belakang dan menghubungkan neuron urutan kedua dan ketiga. Ketiga urutan saraf berada di thalamus dan meluas hingga ke cerebral cortex. Neuron tahap pertama dari pinggiran ke sinaps di akar ganglion dorsal dan lamina sebelum menyeberang sumsum tulang belakang menuju STT. Setelah di STT, stimulus berbahaya kemudian ditransmisikan ke otak melalui 2 bagian yang berbeda dari STT yaitu saluran (lateral) neospinothalamic (NSTT) dan saluran Paleospinothalamic (ventral) (PSTT). Melalui saluran ini nyeri aferen memungkinkan tubuh untuk memperoleh peringatan langsung dari keberadaan, lokasi, dan intensitas dari cedera/sakit dan peringatan bahwa telah terjadi kerusakan jaringan

NSTT menerima input dari membran A-delta yang bersinapsis dengan neuron nociceptive spesifik dan neuron WDR di lamina I & V. Neuron dari NSTT segera menyebar ke *white ventral* di ruas tulang belakang berlawanan ke anterolateral. Membran NSTT dan sebagian dari STT bersinapsis dengan unit-unit motor atau merangsang neuron preganglionik dari sistem simpatik atau parasimpatik dan kemudian berhubungan dengan thalamus. Transmisi ini bertanggung jawab pada respon otonom yang berhubungan dengan kerusakan jaringan dan informasi yang berkaitan dengan intensitas dan durasi stimulus yang menghasilkan rasa sakit/nyeri.

NSTT dijelaskan sebagai jalur sensorik diskriminatif rasa sakit. PSTT ini terletak lebih ditengah, tetapi masih berada di bagian anterolateral dari materi putih sumsum tulang belakang. PSTT menerima sebagian besar input dari membran C. Ini merupakan sinapsis antara neuron nociceptive spesifik dan neuron WDR di lamina I & V. Neuron urutan 2 dari lamina I & V menyeberang ke sumsum tulang belakang untuk membentuk reticular (RF). reticular (RF) merupakan sebuah jaringan sel dan membran yang menyebar di batang otak yang berhubungan dengan fungsi kewaspadaan/sadar, bangun, tidur, dan refleks tertentu.

RF terletak di bagian tengah batang otak, medula oblongata, hipotalamus, thalamus, sistem limbik, dan periaqueductal abu-abu (PAG). RF bertanggung jawab untuk membangkitkan motor sensorik, otonom dan tanggapan terhadap rangsangan berbahaya. Hal ini memungkinkan orang yang terluka untuk merespon dengan cepat terhadap rangsangan. PSTT memiliki beberapa sinapsis dengan daerah lain dari otak pusat yang bertanggung jawab pada nyeri, sakit serta aspe perilaku, emosi dan persaaan terhadap nyeri.

Sistem limbik membantu mengintegrasikan fungsi otak yang lebih tinggi dengan reaksi motivasi dan emosional. Sistem limbik berisi saraf aferen dari hipotalamus dan batang otak yang menerima pengaruh dari korteks. Komunikasi ini bertanggung jawab atas respons emosional terhadap pengalaman yang menyakitkan. Ketika terjadi cedera, komunikasi saraf antara sistem limbik, thalamus, RF, dan korteks menghasilkan reaksi seperti rasa takut, kecemasan, atau menangis.

Integrasi cortex merupakan komponen penting dalam meningkatkan maupun menurun aspek tahapan nyeri. Melalui akson, peningkatan rangsangan nyeri ditularkan dari thalamus ke sulkus sentral dalam lobus parietalis (somatosensori korteks), yang mana rasa sakit dipisahkan dan dilokalisasi. Karena sel-sel syaraf proliferasi dan korteks berfungsi pada kesadaran, berbicara, pendengaran, ingatan dan berpikir, maka sinapsis aferen yang terjadi selama rangsangan berbahaya tidak hanya mempengaruhi satu neuron eferen. Dengan demikian, banyak daerah korteks yang mungkin dapat dirangsang selama pengalaman yang menyakitkan.

Descending Pathways.

Mekanisme penurunan tahapan nyeri dapat mempengaruhi baik input maupun mediasi stimulus berbahaya. Salah satu mekanisme penurunan berasal dalam saluran kortikospinalis korteks. Saluran kortikospinalis turun dari korteks ke medula, dimana membaran menyeberang ke sisi berlawanan dari medula ke tingkat yang lebih rendah dari sumsum tulang belakang dan berakhir di lamina I-VII melalui saluran funiculus dorsolateral. Saluran ini berfungsi untuk mengarahkan postsynaptic (descending) untuk mengendalikan transmisi membran aferen termal, mekanik, dan input membran C pada lamina I & II

Struktur kedua yang mempengaruhi kontrol menurun rangsangan berbahaya adalah PAG. PAG menerima input dari korteks, sistem limbik, hipotalamus, dan PSTT. Hipotalamus mengirim β -endorfin melalui neuron ke PAG. β -endorfin diteruskan ke nucleus magnocellularis dari medula rostral yang turun lateral ke tanduk dorsal. Penurunan sistem kontrol membentuk inti raphae magnus di medula atas. Penurunan akson dari wilayah otak ke medula yang lebih rendah dan sumsum tulang belakang, yang mana semua/mereka melepaskan serotonin pada akhir terminal yang menghasilkan analgesia pada lamina I, II, dan V.

Pendapat tentang *central control* dan penurunan penghambatan nyeri didasarkan pada kemampuan tubuh untuk menggunakan dan menghasilkan berbagai bentuk opiat endogen. Masing-masing memiliki fungsi yang berbeda dan afinitas reseptor yang spesifik. Enkephalins ditemukan di seluruh sistem saraf pusat, terutama di tanduk dorsal. Dengan demikian, kumpulan rangsangan berbahaya dapat menyebabkan kontrol nosisepsi baik presynaptic maupun postsynaptic di tanduk dorsal melalui pengeluaran enkephalin

Dynorphins terletak di lamina I & 5, sehingga mampu menghambat rasa sakit. Tingkat dynorphin dalam lamina I & 5 mengalami peningkatan selama periode hiperstimulasi. Meskipun demikian penurunan yang cepat, membatasi peran mereka mengurangi nyeri dalam jangka panjang. Selama periode input berbahaya intens, β -endorfin dilepaskan dan memberikan penghambatan sementara terhadap rangsangan berbahaya.

TINJAUAN TEORI

Teori Nyeri : Perspektif Sejarah

Teori tentang penyebab, sifat dan tujuan rasa sakit telah diperdebatkan sejak awal umat manusia. Kebanyakan teori-teori awal didasarkan pada asumsi bahwa nyeri ini terkait dengan bentuk hukuman. Kata "sakit" berasal dari "poena" yang berarti kata Latin halus, penalti, atau hukuman. Yunani kuno percaya rasa sakit yang dikaitkan dengan kenikmatan karena menghilangkan nyeri merupakan pengalaman yang menyenangkan dan emosional. Aristoteles mengkaji ulang teori nyeri dan menyatakan bahwa jiwa adalah pusat dari proses sensorik rasa sakit dan sistem rasa sakit terletak di dalam hati. Sedangkan pandangan bangsa Romawi lebih mendekati pemikiran kontemporer. Nyeri dipandang sebagai sesuatu yang disertai peradangan. Pada abad ke-2, Galen menawarkan karyanya tentang konsep sistem saraf. Pada abad ke-4, penerus Aristoteles menemukan bukti anatomi bahwa otak terhubung ke sistem saraf. Meskipun demikian, keyakinan Aristoteles berlaku sampai abad 19, ketika ilmuwan Jerman yang memberikan bukti bahwa otak terlibat pada fungsi sensorik dan motorik.

Teori Khusus

Konsep-konsep modern tentang teori nyeri terus berkembang. Meskipun demikian, masih saja terjadi kontroversi. Teori spesifisitas menyatakan bahwa ada jalur langsung dari reseptor nyeri perifer ke otak. Reseptor nyeri terletak di kulit dan konon membawa impuls nyeri melalui membran langsung ke pusat nyeri otak secara kontinu. Jalur ini meliputi saraf

perifer, STT lateral dan di sumsum tulang belakang dan hipotalamus (pusat nyeri otak). Teori ini dibantah dengan bukti klinis, psikologis, dan fisiologis oleh Melzack dan Wall pada tahun 1965. Mereka membahas bukti klinis yang menggambarkan sensasi nyeri pada pasien luka bakar yang parah, pasien diamputasi, dan pasien dengan penyakit saraf degeneratif. Sindrom ini tidak terjadi dalam sistem. Sebaliknya dalam kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan secara langsung terkait dengan variabel psikologis dan input sensorik. Teori ini sebelumnya telah dikemukakan oleh Pavlov dengan eksperimennya dengan memberi stimulus yang menyakitkan pada anjing kemudian segera memberi mereka makanan. Anjing-anjing akhirnya menanggapi stimulus sebagai sinyal adanya makanan dan tidak menunjukkan respon terhadap rasa sakit.

Aspek psikologis dari persepsi nyeri kemudian dibahas oleh Beecher, yang mempelajari 215 tentara luka serius dalam Pertempuran Anzio. Beecher menemukan bahwa hanya 27% meminta obat penghilang rasa sakit (Morfin). Ketika tentara itu ditanya apakah mereka mengalami nyeri, hampir 60% mengindikasikan bahwa mereka tidak menderita sakit atau hanya sakit ringan, dan hanya 24% dinilai mengeluh sakit parah, dan yang paling mengejutkan adalah 48% dari prajurit itu telah menerima penetrasi luka perut. Beecher juga mencatat bahwa tidak satupun dari mereka menderita shock atau tidak sensitif terhadap nyeri karena penempatan infus yang kurang tepat pada pembuluh darah yang mengakibatkan keluhan nyeri yang akut. Kesimpulannya adalah bahwa rasa sakit yang dialami oleh orang-orang terhalang oleh faktor emosi. Luka fisik yang mereka alami merupakan bentuk melarikan diri dari lingkungan yang mengancam kehidupan di pertempuran medan perang ke rumah sakit yang lebih menjamin keselamatan mereka. Hubungan ini menunjukkan bahwa sangat dimungkinkan sistem saraf pusat menghalangi stimulus dan sensasi di variabel psikologis tertentu.

Faktor psikologis dalam persepsi rasa nyeri atau rasa sakit

pada awalnya nyeri di prediksi berhubungan dengan faktor psikologis seperti kepribadian, usia jenis kelamin, dan budaya.

1. Faktor kepribadian

Beberapa penelitian berusaha menjelaskan hubungan antara faktor kepribadian dengan nyeri. Individu yang kurang kuat atau kurang tahan terhadap penderitaan akan menunjukkan toleransi yang kecil terhadap stimulus sensasi sakit dan akan lebih banyak mengeluh tentang sakitnya. Akan tetapi ada juga pendapat yang menyatakan bahwa rasa sakit diungkapkan oleh pasien adalah manifestasi dari rasa bersalah atau kehilangan atau perilaku yang merusak diri sendiri. Meskipun demikian belum ada bukti empiris yang mendukung pendapat tersebut.

2. Jenis kelamin

Dalam banyak penelitian, disebutkan bahwa wanita melaporkan merasakan rasa sakit lebih parah, lebih sering mengalami nyeri dan merasakan rasa sakit lebih lama daripada laki-laki. Wanita lebih mungkin mengalami nyeri lambung, nyeri menstruasi dan melahirkan yang beresiko terhadap cacat. Unruh juga menyebutkan bahwa wanita memiliki risiko gangguan psikogenik yang lebih besar dan lebih rentan terhadap rasa sakit

3. Umur

Sangat sedikit penjelasan secara khusus tentang efek usia dan penuaan terhadap sakit dan tentang psikologi sakit untuk kelompok usia tertentu. Manajemen nyeri yang efektif pada anak-anak telah terhambat oleh keyakinan yang salah bahwa neonatus dan bayi tidak bisa merasakan rasa sakit dan bahwa anak-anak cenderung adaptif terhadap obat-obat jenis

analgesia opioid (meskipun tidak ada bukti secara empiris). pengaruh perkembangan emosional dan kognitif pada anak-anak dan remaja berpengaruh terhadap pengalaman rasa sakit. Disisi lain, pada orang-orang dewasa penurunan kognitif berpengaruh pada pengalaman rasa sakit

4. Budaya

Seperti yang telah dijelaskan di depan bahwa ada faktor budaya tertentu yang mempengaruhi persepsi individu terhadap rasa sakit atau nyeri. Penelitian awal, difokuskan pada perbedaan etnis dalam ekspresi rasa sakit. Baru-baru ini, studi tentang pengaruh budaya telah di perluas pada konstruksi budaya rasa sakit dan penggunaan metode antropologis dan sosiologis. Selain faktor-faktor tersebut, persepsi terhadap sakit atau nyeri juga dipengaruhi oleh faktor psikologis khusus. Rasa sakit berfungsi sebagai respon terhadap adanya bahaya yang mengancam, menghindar atau respon yang bersifat memperbaiki.

Perhatian dan kewaspadaan

Nyeri adalah stimulus yang mengarahkan perhatian individu pada sumber rasa sakit dan potensi untuk menghindari dari rasa sakit. Rasa sakit yang konstan atau berulang akan meningkatkan pola kewaspadaan terhadap nyeri/sakit. Pasien yang memiliki perhatian yang tinggi terhadap nyeri, cenderung memiliki intensitas nyeri yang lebih tinggi, tekanan emosional yang tinggi dan peningkatan penggunaan perawatan kesehatan

***Catastrophizing* dan kecemasan**

Perhatian yang berlebihan thd ancaman sakit/nyeri akan mengembangkan pola individu mersepon rasa sakit. Hal ini yang memunculkan terjadinya '*catastrophic thinking*' or '*catastrophizing*'. '*Catastrophic thinking*' adalah pikiran individu tentang efek nyeri atau sakit, dan anggapan bahwa diri kita tak berdaya untuk mengatasi, dan memiliki sedikit kontrol terhadap rasa sakit. Rasa sakit dapat muncul karena proses berpikir kita terhadap sakit itu sendiri, mengenai kekhawatiran rasa sakit/nyeri dan pemikiran mengenai bagaimana mengatasi rasa sakit .

Depresi

Pengalaman rasa sakit dan ancaman rasa sakit dapat menyebabkan dampak negatif, seperti kemarahan, frustrasi, penilaian yang buruk terhadap diri sendiri. Kemarahan adalah pengalaman yang relatif umum bagi individu yang mengalami sakit/nyeri. Kemarahan memang tidak selalu terkait dengan depresi. Kemarahan bagi pasien sering kali merupakan mekanisme kontrol diri. Nyeri atau rasa sakit yang kronis dapat menyebabkan individu mengalami depresi. Nyeri kronis dapat lebih melemahkan daripada trauma itu sendiri dan, dalam banyak kasus, hal ini merupakan pengalaman yang sangat emosional dan melemahkan fisik yang seringkali merupakan penyebab utama bunuh diri (2.) depresi muncul karena persepsi negatif individu terhadap diri sendiri, ditandai dengan munculnya perasaan tidak berguna, menyedihkan dan tidak mampu mengatasi rasa sakit. Persepsi negatif terhadap diri sendiri membawa individu pada sikap putus asa dan tidak berdaya (*self-fulfilling prophecy*).

Selain mengalami nyeri, pasien sakit kronis yang sering mengalami kesulitan tidur dan kelelahan. Seiring waktu mereka merasa terisolasi dalam hubungan interpersonal dan merasa tidak mampu melaksanakan tanggung jawab keluarga. beberapa mengeluh kurang konsentrasi, lupa dan kegagalan dalam menyelesaikan tugas kognitif.

Manajemen Nyeri

Hal yang paling penting dalam mengatasi nyeri adalah memahami bagaimana tiap-tiap individu menanggapi stres dan memahami efek yang lebih positif, fokus untuk menghilangkan stresor atau menghilangkan respon terhadap stres. Masing-masing individu memiliki persepsi yang berbeda-beda terhadap nyeri dan menanggapi dengan cara yang berbeda pula.

Perbedaan tersebut tidak terlepas dari variabel-variabel kepribadian. Individu yang pasif dalam menanggapi rasa sakit, lebih merasakan kesakitan (fokus pada respon) dibandingkan individu yang aktif mencoba untuk mengatasi rasa sakitnya (fokus pada stresor). Pasien yang aktif dalam menanggapi rasa sakit terlihat lebih mudah menyesuaikan diri secara efektif, dalam hal ini individu merasa memiliki kemampuan pribadi untuk mengontrol rasa sakit sehingga berdampak positif pada berkurangnya rasa sakit, kelelahan dan meningkatkan kebugaran tubuh.

Cognitive behavior therapy

Cognitive behavior therapy merupakan salah satu terapi yang umum diberikan pada penderita nyeri kronis. CBT berasumsi bahwa individu yang mengalami nyeri kronis mengalami kesulitan atau menderita karena keyakinan mereka bahwa rasa sakit telah menghalangi mereka melakukan aktivitas dan mereka merasa tidak berdaya merubah keadaan. CBT bertujuan untuk membantu mereka menyadari bahwa mereka mampu mengatur aktivitas mereka dan memberikan keterampilan dalam merespon secara adaptif .

CBT membekali keterampilan menyadari kenyataan dan keyakinan individu, cara praktis menyelesaikan masalah pada satu situasi, menentukan tujuan dan mendorong individu untuk mencapainya secara sistematis (melalui keahlian dan kepercayaan diri), keterampilan sosial yang digunakan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial.

Beberapa Faktor yang menentukan keberhasilan terapi CBT antara lain, CBT harus dilakukan oleh terapis yang berpengalaman, adanya pengawasan yang rutin dan tersistem terhadap pelaksanaan terapi, menghindari model terapi yang bertentangan, misalnya mengubah aturan pemberian analgesik di tengah program CBT akan merusak pengembangan diri dan CBT harus dipahami sebagai awal dari perubahan gaya hidup, dan perubahan tersebut harus di kelola dengan tepat.

REFERENSI:

Eccleston C. (2001) Role of Psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*. 84. 144 – 152

Turk,D.C; Swanson, K.S; Tunks, E.R. (2008) **Psychological Approaches in the Treatment of Chronic Pain Patients—When Pills, Scalpels, and Needles Are Not Enough.** *The Canadian Journal of Psychiatry*.53(4). 213-223