

# Peranan Psikolog Dalam Menangani Penderita Nyeri Psikologi Di Rumah Sakit

Siska Adinda Prabowo Putri  
Fakultas Psikologi Universitas AKI

## *Abstract*

*This article aims to discuss how the role of a psychologist in dealing with the psychological pain patients in the hospital and how to provide appropriate treatment for these patients are. The psychologist examines them by conducting interviews and psychological tests. The treatments for this patient are non pharmacology of distraction, behavior therapy such as relaxation and psychotherapy with cognitive therapy. The appropriate treatment for patients with psychological pain can speed up the healing process.*

**Key words :** *psychological pain patients, a psychologist*

## **Pendahuluan**

Nyeri adalah pengalaman yang sangat pribadi. Penderita adalah satu-satunya yang dapat menceritakan seberapa kuat nyeri yang dideritanya. Pengalaman nyeri bukan hanya akibat rangsangan yang mengganggu dari jaringan tubuh yang terkena saja, tetapi banyak hal lain ikut menentukan salah satunya problem psikologi. Menurut Kristyawati (2005) bahwa pada umumnya nyeri dirasakan lebih keras jika terdapat juga kecemasan, depresi maupun kesepian. Penderita dengan keluhan nyeri psikologi ini akan merasakan nyeri yang lebih hebat jika dihindari oleh keluarga dan teman-

temannya. Sebaliknya jika penderita nyeri psikologi ini diberikan kata-kata yang menentramkan dan menyenangkan maka rasa nyeri tersebut akan berkurang.

Kecemasan itu sendiri dapat menyebabkan nyeri fisik, karena otot menjadi tegang sehingga dapat menimbulkan nyeri pada tengkuk, kepala ataupun punggung. Selain itu menurut Bromley (1985) depresi dapat menyebabkan gangguan fisik seperti nyeri yang dapat mengakibatkan kemunduran dan mengganggu aktivitas sehari-hari ditambahkan pula oleh Peenbaker dkk (1988) bahwa gangguan – gangguan

psikologis yang berhubungan dengan emosi dapat menimbulkan masalah – masalah kesehatan.

Untuk menerangkan bagaimana emosi dapat mengganggu badan, dapat diambil contoh sehari-hari misalnya : orang yang malu menjadi merah mukanya, air mata mengalir sewaktu orang sedih, orang menjadi pucat dan gemetar sewaktu ketakutan dan sebagainya. Seseorang yang mendapatkan pengalaman yang tidak menyenangkan misalnya : kehilangan pekerjaan, kehilangan orang yang dikasihi, dikecewakan orang yang dipercayai atau bahkan penolakan seksual. Pengalaman – pengalaman semacam ini dapat mengakibatkan perasaan tidak enak yang lama pada diri seseorang dan ada kemungkinan individu tidak menyadari hubungan antara perasaan dengan

pengalaman buruknya. Perasaan tak enak tersebut dapat bertahan lama setelah peristiwa itu terlupakan dan ini dapat menumpuk kemudian menjadi kejadian nyeri psikologi. Penelitian menunjukkan bahwa orang – orang yang lanjut usia, nyeri adalah bentuk tersembunyi dari suatu depresi yaitu perasaan putus asa dan tidak berguna lagi.

Gangguan nyeri psikologi pada orang yang tidak stabil dapat disebabkan bukan hanya oleh stress yang luar biasa tetapi juga oleh kejadian sehari – hari misalnya : rumah tangga yang sibuk, terlalu banyak orang didalam satu rumah, memiliki anak yang nakal, suami atau isteri yang egois dan tidak dapat menyesuaikan diri atau mau menang sendiri. Berikut ini beberapa peristiwa yang dapat menimbulkan nyeri psikologis :

<b>PERISTIWA</b>	<b>SKOR</b>
Kematian pasangan	100
Kehamilan diluar nikah	92
Kematian orangtua	80
Perceraian	73
Kematian keluarga dekat (selain orangtua)	70
Kematian teman dekat	65
Perceraian orangtua	63
Hukuman penjara	61
Cedera tubuh/penyakit berat	60
Gagal menyelesaikan studi	58
Pernikahan	55
PHK (Pemutusan Hubungan Kerja)	50
Kehilangan bantuan keuangan untuk sekolah/beasiswa	48
Gagal menjalani pendidikan penting	40

Gangguan seksual	45
Perselisihan serius dengan orang penting	40
Sanksi akademis	39
Perubahan jurusan bidang studi	37
Pergantian teman kencan	36
Peningkatan beban studi	31
Keberhasilan pribadi yang terlalu menyolok	29
Semester pertama kuliah	28
Konflik serius dengan dosen/atasan	27
Perolehan nilai kuliah lebih rendah dari yang diharapkan	25
Perubahan ditempat kuliah	24
Perubahan aktivitas sosial	22
Perubahan jadwal tidur	21
Perubahan kebiasaan makan	19
Pelanggaran hukum ringan	15

Sumber : Life & Health

## Landasan Teori

### Nyeri

Menurut *The International Association for the Study of Pain* (dalam Potter & Perry, 2005) nyeri didefinisikan sebagai perasaan sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau potensial yang menyebabkan kerusakan jaringan. Sementara itu menurut Brunner & Suddarth (2001) nyeri terjadi bersamaan dengan terjadinya proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostic atau pengobatannya selain itu menurutnya nyeri juga sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang daripada penyakit apapun.

### Perilaku nyeri

Respon terhadap adanya stimulasi kerusakan dibagi menjadi 2 bagian, yaitu pengalaman nyeri yang bersifat subjektif dan perilaku yang dapat diobservasi. Kata nyeri digunakan untuk menyatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif. Sementara perilaku yang dapat diobservasi disebut perilaku nyeri (Fields, 1987). Menurut Fordyce (1976), perilaku nyeri dapat berupa :

- a. Respon verbal, seperti : mengeluh, mendesah, merintih, dan mengadukan nyeri yang dialami
- b. Respon non verbal, seperti : wajah tegang, keresahan, sudut mulut dilengkungkan kebawah, terlihat sedih, terlihat ketakutan, bibir berkerut dan dagu bergetar.

- c. Sikap badan dan isyarat meliputi : menggosok-gosokkan bagian tubuh yang nyeri, immobilisasi dan menyeringai
- d. Perilaku yang berbeda dengan keadaan normal meliputi : beristirahat dan berbaring secara berlebihan.

Menurut Kristyawati (2005) bahwa penderita dengan gangguan nyeri psikologi dapat dibagi menjadi beberapa kriteria , yaitu:

- 1. Penderita yang mengeluh tentang badannya tetapi melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium tidak ditemukan penyakit organik yang dapat menyebabkan gejala – gejala tersebut.
- 2. Terdapat kelainan organik tetapi terdapat juga gejala – gejala lain yang timbul bukan disebabkan penyakit organik itu tetapi karena factor psikologik. Jadi factor psikologi ini muncul karena penyakit organik, misalnya : seseorang dengan kelainan jantung sangat mencemaskan keadaannya atau seseorang menderita kanker sangat khawatir penyakitnya menjadi semakin parah.
- 3. Murni karena gangguan psikologis. Gangguan ini tampak jika rasa nyeri semakin hebat dengan adanya suatu konflik atau problem psikologis.

- 4. Kurang adanya perhatian / dukungan. Seseorang merasa diperhatikan oleh lingkungan jika mengeluh nyeri dan perhatian itu tidak ada jika keluhan nyeri tidak ada.

*Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku nyeri psikologi*

- 1. Jenis kelamin

Pada umumnya wanita menunjukkan ekspresi emosional yang lebih kuat pada saat nyeri. Menangis misalnya, adalah hal atau perilaku yang sudah dapat diterima pada wanita sementara pada laki-laki hal ini dianggap hal yang memalukan (Lewis, 1983)

- 2. Usia

Usia merupakan variabel penting dalam merespon nyeri. Cara lansia merespon nyeri dapat berbeda dengan orang yang berusia lebih muda. Lansia cenderung mengabaikan nyeri dan menahan nyeri yang berat dalam waktu yang lama sebelum melaporkannya atau mencari perawatan kesehatan (Brunner & Suddarth, 2001)

- 3. Budaya

Budaya mempunyai pengaruh bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Zborowski (dalam Niven,

1994) ekspresi perilaku nyeri psikologi berbeda antara satu kelompok dengan kelompok yang lain di satu lingkungan rumah sakit. Perbedaan tersebut dianggap terjadi akibat sikap dan nilai yang dianut oleh kelompok etnik tersebut.

4. Ansietas (kecemasan)

Menurut Racham dan Philips (dalam Niven,1994) ansietas (kecemasan) mempunyai efek yang besar terhadap kualitas maupun terhadap intensitas pengalaman nyeri. Ambang batas nyeri berkurang karena adanya peningkatan rasa cemas dan ansietas menyebabkan terjadinya lingkaran yang terus berputar karena peningkatan ansietas akan menyebabkan peningkatan sensitivitas nyeri.

5. Pengalaman masa lalu

Cara seseorang berespon terhadap nyeri adalah akibat dari banyak kejadian nyeri selama rentang kehidupannya. Individu yang mengalami nyeri selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun dapat menjadi mudah marah, menarik diri dan depresi (Brunner & Suddarth,2001)

6. Pola koping

Individu yang memiliki lokus kendali internal mempersepsikan diri

mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri. Sebaliknya individu yang memiliki lokus kendali eksternal, mempersepsikan factor-faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggungjawab terhadap hasil akhir peristiwa. Individu yang memiliki lokus kendali internal melaporkan mengalami nyeri yang tidak terlalu berat daripada individu yang memiliki lokus kendali eksternal (Potter & Perry,2005)

7. Dukungan sosial dan keluarga

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan. Walaupun klien tetap merasakan nyeri tetapi adanya dukungan sosial dan keluarga akan mengurangi rasa kesepian dan ketakutan (Potter & Perry,2005)

### **Pemeriksaan Nyeri Psikologi**

Pemeriksaan untuk mengetahui nyeri psikologi dilakukan dengan cara wawancara dan psikotes. Menurut Kristyawati (2005) untuk wawancara, psikolog memberikan pertanyaan sedemikian rupa sehingga tidak hanya sekedar menjawab “ya” atau “tidak”

saja. Berikut ini pedoman singkat yang dipakai tahap wawancara :

1. Faktor sosial dan ekonomi  
Seperti : adakah problem pekerjaan, kesukaran ekonomi (terkena PHK, terlalu banyak angsuran), pekerjaan yang tidak tentu serta bagaimana hubungan dengan anggota keluarga dan orang lain.
2. Faktor perkawinan  
Bagaiman hubungan dengan pasangan, adakah perselisihan, perceraian atau kekecewaan dalam hubungan seksual
3. Faktor kesehatan  
Adakah penyakit menahun yang seringkali menimbulkan perasaan takut mati, adakah penyakit berbahaya seperti : kanker, kecacatan menetap
4. Faktor psikologi  
Adakah *anxiety*, *mood disorder*, *adjustment disorder* atau depresi

Pada psikotes yang digunakan untuk mengungkapkan adanya gangguan psikologi, antara lain : *Beck Depression Inventory (BDI)*, *Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)*, *Tes Rorschach*, *Tes Grafis*, *Thematic Aperception Test (TAT)*.

### Penanganan Nyeri Psikologi

Ada beberapa cara yang dapat digunakan psikolog dalam menangani gangguan nyeri psikologi ini, diantaranya :

#### a. Non farmakologis

Dengan distraksi, yaitu teknik mengalihkan perhatian klien ke hal lain terutama hal yang menyenangkan dengan tujuan untuk menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Salah satu teknik distraksi adalah dengan mendengarkan music (Potter & Perry, 2005).

Teknik-teknik pengalihan mengurangi nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulus lain dan menjauhi nyeri. Menonton televisi, membaca buku, mendengarkan musik dan melakukan percakapan adalah contoh-contoh umum pengalihan (Price & Wilson, 2005). Smeltzer & Bare (2001) menyatakan bahwa seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian mengenai nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desendens, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak.

Perry & Potter (2005), mengemukakan salah satu distraksi yang paling efektif

adalah musik, yang dapat menurunkan nyeri fisiologis, stres dan kecemasan dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri. Guzzeta dalam (Perry & Potter, 2005), menyatakan bahwa musik terbukti menunjukkan efek, yaitu menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan dan depresi, menghilangkan nyeri, menurunkan tekanan darah dan mengubah persepsi waktu. Musik harus didengarkan minimal 15 menit agar dapat memberikan efek terapeutik.

#### **b. Relaksasi**

Dasar teori relaksasi ini menurut Kristyawati (2005) adalah pada system saraf manusia terdapat system saraf pusat dan system saraf otonom. Fungsi system saraf pusat adalah mengendalikan gerakan-gerakan yang dikehendaki, misalnya : gerakan tangan, kaki, leher, jari-jari dan sebagainya. system saraf otonom berfungsi mengendalikan gerakan-gerakan yang otomatis, misalnya fungsi digestif, proses kardiovaskuler, gairah seksual dan sebagainya. system saraf otonom terdiri dari system saraf parasimpatetis yang kerjanya saling berlawanan. System saraf simpatetis bekerja meningkatkan rangsangan atau memacu organ-organ tubuh, memacu meningkatnya detak jantung dan pernafasan, menurunkan temperature kulit dan daya

tahan kulit, dan juga akan menghambat proses digestif dan seksual. System saraf parasimpatetis menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh system saraf simpatetis dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh system saraf simpatetis. Selama sistem-sistem berfungsi normal dalam keseimbangan, bertambahnya aktivitas system yang satu akan menghambat atau menekan efek system yang lain. Pada waktu individu mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah system saraf parasimpatetis dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang dan rasa cemas dengan cara resiprok sehingga timbul counter conditioning dan penghilangan (Prawitasari, 1988).

Apabila individu melakukan relaksasi ketika ia mengalami ketegangan atau kecemasan, maka reaksi-reaksi fisiologis yang dirasakan individu akan berkurang sehingga ia akan merasa rileks. Apabila kondisi fisiknya sudah rileks, maka kondisi psikisnya juga tenang. Menurut Brunner & Suddarth (2001) teknik relaksasi ini dapat dilakukan dengan cara penderita memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (masuknya O<sub>2</sub> ke paru-paru ) dan

ekshalasi ( keluarnya CO<sub>2</sub> dari paru-paru ). Teknik relaksasi ini sangat efektif terutama pada pasien nyeri kronis.

Bentuk relaksasi ada bermacam-macam, antara lain : relaksasi otot, relaksasi kesadaran indera, dan relaksasi melalui hipnosa, yoga maupun meditasi transcendental (Taylor,1995). Relaksasi adalah salah satu teknik didalam terapi perilaku yang dikenalkan oleh Jacobson seorang psikolog dari Chicago, teknik yang disebutnya relaksasi progressive untuk mengurangi ketegangan otot. Jacobson berpendapat bahwa semua bentuk ketegangan termasuk ketegangan mental didasarkan pada kontraksi dari otot (Sheridan dan Radmacher,1992). Jika seseorang dapat diajarkan untuk merelaksan otot mereka, maka mereka benar-benar rileks.Seseorang yang tetap mengalami ketegangan mental atau emosional, sementara otot mereka relaks adalah orang yang mengalami ketegangan semu.

Ada banyak manfaat nyata dari latihan relaksasi. Burn (dalam Utami, 2002) melaporkan beberapa keuntungan yang diperoleh dari latihan relaksasi, antara lain:

1. Relaksasi akan membuat individu lebih mampu menghindari reaksi yang berlebihan karena adanya stres.

Penelitian yang dilakukan Dewi (1998) menunjukkan bahwa relaksasi dapat menurunkan ketegangan pada siswa sekolah penerbang.

2. Masalah-masalah yang berhubungan dengan stres seperti hipertensi, sakit kepala, insomnia dapat dikurangi atau diobati dengan relaksasi. Penelitian Hoelscher dan Lichstein (1986) serta Karyono (1994) menunjukkan bahwa relaksasi dapat menurunkan tekanan darah *systolic* dan *diastolic* pada penderita hipertensi.Selanjutnya Weil dan Goldfried dan Davidson (dalam Utami, 2002) bahkan telah membuktikan keberhasilan penggunaan relaksasi pada penderita insomnia yang berusia 11 tahun.
3. Mengurangi tingkat kecemasan. Beberapa bukti telah menunjukkan bahwa individu dengan tingkat kecemasan yang tinggi dapat menunjukkan efek fisiologis positif melalui latihan relaksasi.
4. Mengurangi perilaku tertentu yang sering terjadi selama periode stres seperti mengurangi jumlah rokok yang dihisap, konsumsi alkohol, pemakaian obat-obatan, dan makan yang berlebihan. Penelitian yang dilakukan oleh Sutherland, Amit, Golden dan

Rosenberger (dalam Walker dkk, 1981) membuktikan bahwa relaksasi dapat membantu mengurangi meroko.

5. Meningkatkan penampilan kerja, sosial, dan ketrampilan fisik. Hal ini mungkin terjadi sebagai hasil pengurangan tingkat ketegangan.
6. Kelelahan, aktivitas mental, dan atau latihan fisik yang tertunda dapat diatasi lebih cepat dengan menggunakan latihan relaksasi.
7. Kesadaran diri tentang keadaan fisiologis seseorang dapat meningkat sebagai hasil latihan relaksasi, sehingga memungkinkan individu untuk menggunakan ketrampilan relaksasi untuk timbulnya rangsangan fisiologis.
8. Relaksasi merupakan bantuan untuk menyembuhkan penyakit tertentu dan operasi.
9. Konsekuensi fisiologis yang penting dari relaksasi adalah bahwa tingkat harga diri dan keyakinan diri individu meningkat sebagai hasil kontrol yang meningkat terhadap reaksi stres.
10. Meningkatkan hubungan interpersonal. Orang yang rileks dalam situasi interpersonal yang sulit akan lebih berpikir rasional.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Suyatmo dkk (2009) tentang Pengaruh Relaksasi Otot dalam menurunkan Skor Kecemasan T-TMAS pada Mahasiswa Menjelang Ujian Akhir Program D1 Akademi Keperawatan Notokusumo Yogyakarta didapatkan hasil bahwa ada penurunan kecemasan dari *pre test* ke *post test*.

Stewart (dalam Hartanti, 2005), menyatakan bahwa prosedur relaksasi adalah sebagai berikut: pertama-tama klien menarik nafas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara dalam hitungan 1 sampai 3, lalu perlahan-lahan dihembuskan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut, klien bernafas dalam irama normal sampai 3 detik, lakukan kembali hal tersebut dan perawat meminta klien untuk konsentrasi pada daerah tubuh yang terasa hangat dan ringan. Setelah klien merasa rileks, pasien dianjurkan bernafas pelan-pelan. Adapun contoh relaksasi yang dilakukan dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 1



Gambar 2



### c. Psikoterapi ( terapi kognitif )

Psikoterapi yang efektif untuk mengatasi gangguan psikologi seperti : depresi dan kecemasan yang dianggap sebagai pencetus nyeri psikologi adalah terapi kognitif. Apa yang dipikirkan seseorang tentang nyeri yang dialaminya memberikan pengaruh terhadap kehidupannya dan terhadap seberapa besar nyeri yang dia rasakan. Pikiran negative tentang nyeri akan memfokuskan perhatian seseorang terhadap aspek yang tidak menyenangkan dan membuat nyeri yang dirasakan bertambah buruk ( DiMetteo,1991). Pemberian intervensi terapi kognitif ini adalah untuk meningkatkan cara berfikir klien dengan mengarahkan klien untuk memahami masalah yang dihadapinya. Klien diyakinkan bahwa ia memiliki kemampuan untuk berperilaku normal ( Tailor,1995 ).

Menurut Beck (dikutip Kristyawati,2005) secara khusus mengupas secara kritis peran kognisi pada gangguan neurotic yaitu teori kognitif untuk gangguan emosional. Sejumlah penelitian psikoterapi

telah menunjukkan efektivitas terapi kognitif untuk treatment penderita depresi. Salah satu hasil penelitian mengenai penderita depresi sedang hingga berat, sebagian besar diantaranya adalah mengenai bunuh diri dan telah mengalami depresi secara intermiten atau terus – menerus selama 8 tahun memperlihatkan bahwa pasien yang diobati dengan terapi kognitif saja mempunyai angka pemulihan yang lebih besar, angka kegagalan yang lebih kecil dan angka perbaikan yang lebih cepat dibandingkan penderita yang diobati dengan terapi antidepresi saja ( Rush dalam Herink,1980 ).

Burns (1988) menyatakan bahwa terapi kognitif merupakan cara penyembuhan gejala depresi yang revolusioner dibandingkan dengan psikoterapi konvensional maupun terapi obat-obatan. Penelitiannya terhadap beberapa kasus depresi berat menunjukkan berhasil menyembuhkan 74 % kasus selama 12 minggu penanganan dengan terapi kognitif. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Retnowati (1990) terhadap para mahasiswa yang mengalami depresi,

diberikan terapi kognitif dengan model pendekatan kelompok. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat penurunan symptom depresi dari kategori sedang menjadi normal setelah dilakukan terapi kognitif secara kelompok selama 6 minggu.

Louis dkk (1996) meneliti dampak terapi kognitif untuk depresi dan hasilnya menunjukkan aspek khas terapi kognitif yaitu terapis memfokuskan pada distorsi kognisi berkorelasi dengan depresi. Demikian juga Adele dan Jennifer (1988) meneliti terapi kognitif untuk depresi menghasilkan perbaikan pola depresi pada akhir perawatan. Pengaruh keahlian terapis diteliti oleh Brian dkk (1999) yang meneliti keahlian terapis berhubungan dengan hasil perawatan terapi kognitif untuk depresi dan hasilnya kemampuan ahli terapi dapat menurunkan tingkat depresi.

Penelitian ini diperkuat oleh Joyce dan Paykel (dalam Lindsay dan Powel, 1995) yang membuktikan bahwa symptom yang diberi treatment obat tidak sebaik treatment yang menggunakan terapi kognitif untuk gangguan depresi. Pemberian intervensi terapi kognitif yang dilakukan secara kelompok hasilnya sama efektif dengan bila diberikan secara individual (Scott dan Stradling, 1990). Terapi kognitif dapat digunakan sendiri dalam terapi gangguan

depresif ringan sampai sedang atau bersama-sama dengan anti depresan untuk gangguan depresif berat. Terapi ini juga telah digunakan pada kondisi lain seperti : gangguan *panic*, gangguan *obsessive kompulsif* dan gangguan kepribadian paranoid dan gangguan *somatoform* (Kaplan dkk, 1997).

### **Kesimpulan**

Peranan psikolog dalam mengatasi penderita nyeri psikologi ini sangatlah besar. Penderita nyeri psikologi ini tidaklah semata-mata mampu teratasi dengan menggunakan pengobatan medis saja, namun juga harus ada penanganan secara psikologis. Adapun bentuk penanganan secara psikologis pada penderita nyeri psikologis ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, yaitu: nonfarmakologis, relaksasi ( *behaviour therapy* ) serta psikoterapi ( *cognitive therapy*). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh para ahli diatas ternyata pengobatan secara psikologis baik secara nonfarmakologis, relaksasi maupun terapi kognitif ini memiliki korelasi tingkat kesembuhan pada pasien / penderita lebih besar dibandingkan pengobatan secara medis semata.

**Daftar Pustaka**

- Brunner & Suddarth. 2001. *Buku Ajar Medikal Bedah*. Volume 1, Edisi 8. Jakarta : EGC
- DiMetteo, N.R. 1991. *Health Psychology*. California : Wadsworth, Inc
- Fordyce, W.E. 1997. On The Nature of Illness & Disability. *Clinical Orthopedics & Related Research*, 336, 47-51
- Fields. 1987. *Pain*. USA : McGraw – Hill Company
- Hoelscher, T.J., Lichstein, K.L. & Rosenthal, T.L. 1986. Home Realxation Practice in Hypertension Treatment : Objective Assesment & Compliance Induction. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*
- Karyono. 1994. Efektivitas Relaksasi dalam Menurunkan Tekanan darah pada Penderita Hipertensi Ringan. *Tesis*. Yogyakarta : Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J.F., Grebb, J.A. 1997. Kaplan & Sadock Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. 7<sup>th</sup> ed. Jakarta : Bina Aksara
- Kristyawati, D. 2005. *Orthopaedi : Nyeri Psikologi*. Surakarta : Rumah Sakit Orthopedi Prof. DR. R Soeharso
- Lindsay, S. & Powell, G. 1995. *An Introduction to Clinical Child Psychology*. Great Britain : Gower
- Lewis, S.M. 1983. *Medical Surgical Nursing*. USA : McGraw – Hill, Inc
- Niven, N. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta : EGC
- Potter, P.A & Perry, A.G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Volume 2. Jakarta : EGC
- Price & Wilson. 2005. *Patofisiologi*. Edisi 6, Volume 2. Jakarta : EGC
- Prawitasari, J.E. 1988. Pengaruh Relaksasi terhadap Keluhan Fisik Suatu Studi Eksperimental. *Laporan Penelitian*. Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada
- Retnowati, S. 1990. Efektivitas Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku pada Penanganan gangguan Depresi. *Tesis*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada
- Sheridan, C.L. & Radmacher, S.A. 1992. *Health Psychology : Challenging The Biomedical Model*. New York ; John Wiley & Sons Inc
- Scott, M.J. & Stradling, S.G. 1990. The Cognitive Behavioural Approach with Depressed Clients. *The British Journal of Social Work*. Vol 21
- Smeltzer & Bare. 2001. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Volume 1. Alih Bahasa : Agung Waluyo. Jakarta : EGC
- Suyatmo., Prabandari, Y.S., Marchira, C.R. 2009. Pengaruh Relaksasi Otot dalam Menurunkan Skor Kecemasan T-TMAS Mahasiswa Menjelang Ujian Akhir Program D1 Akademi Keperawatan Notokusumo

Yogyakarta. *Jurnal* : *Berita  
Kedokteran Masyarakat*. Volume 25.  
Nomor 3

Taylor, S.E. 2005. *Health Psychology*. Edisi 3.  
Los Angeles : McGraw-Hill, Inc

Utami, M.S. 2002. Efektivitas Relaksasi dan  
Terapi Kognitif untuk Mengurangi

Kecemasan Berbicara di Muka  
Umum. *Tesis*. Yogyakarta : Fakultas  
Pasca Sarjana Universitas Gadjah  
Mada

Walker, C.E & Hedberg, A.G. 1981. *Clinical  
Procedure for Behaviour Therapy*.  
New Jersey : Prentice hall, Inc