

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Relaksasi Benson**

###### **a. Pengertian**

Teknik relaksasi Benson ini dikembangkan oleh Herbert Benson di *Havard's Thorndike Memorial Laboratory* dan *Benson's Hospital*. Relaksasi Benson dapat dilakukan secara sendiri, bersama-sama ataupun dengan bimbingan mentor. Relaksasi Benson ini merupakan salah satu teknik relaksasi yang biasa digunakan di rumah sakit untuk pasien dengan kecemasan dan mengalami nyeri. Relaksasi Benson menggunakan teknik pernapasan dan menambahkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata sesuai dengan yang dianut oleh pasien. Kelebihan dari teknik relaksasi Benson tidak menimbulkan efek samping bagi pasien dan mudah untuk dilakukan (Rasubala, Kumaat and Mulyadi, 2017).

###### **b. Komponen Relaksasi Benson**

Menurut Benson dan Proctor (2011) dalam Mustika, Mahati and Ropyanto (2019), terdapat empat komponen dasar pada relaksasi Benson, yaitu :

###### 1) Suasana tenang

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

## 2) Perangkat mental

Untuk memindahkan pikiran ke arah hal-hal logis dan berada di luar diri harus ada stimulus secara terus menerus yaitu dengan kata atau frase singkat yang diulang-ulang di hati dan dengan keyakinan. Kata atau frase pendek inilah yang menjadi fokus relaksasi Benson. Fokus pada kata-kata atau frase pendek yang akan meningkatkan kekuatan inti dari respons relaksasi dengan memberikan kesempatan faktor keyakinan yang memiliki efek pada penurunan saraf simpatis. Mata biasanya dipejamkan ketika di tengah mengulang kata atau frase pendek. Relaksasi Benson ini dilakukan dalam 1 atau 2 kali sehari selama 10-20 menit (Raj and Pillai, 2021). Waktu yang tepat untuk berlatih Relaksasi Benson yaitu sebelum atau beberapa jam setelah makan, karena saat relaksasi, darah akan keluar ditransmisikan ke kulit, ekstremitas, otak dan menjauhi daerah perut sehingga efeknya bersaing dengan proses makan.

## 3) Sikap pasif

Sikap pasif menjadi elemen paling penting dalam melakukan relaksasi Benson. Pikiran-pikiran yang mengacaukan harus diabaikan dan perhatian kembali diarahkan pada pengulangan kata atau frase pendek sesuai dengan keyakinan. Hal ini dikarenakan akan mengganggu dalam respon relaksasi Benson.

#### 4) Posisi nyaman

Kenyamanan pasien menjadi penting agar tidak terjadi ketegangan otot-otot. Posisi tubuh yang biasanya saat dilakukan teknik relaksasi Benson dengan duduk atau berbaring di tempat tidur. Relaksasi benson memerlukan keadaan tubuh yang rileks dan sikap pasrah pada fisik dan psikis yang mendalam sebagai respon relaksasi.

Kalimat-kalimat yang diucapkan secara berulang-ulang oleh pasien dengan agama Islam dapat berupa dzikir dengan kalimat *Laa ilaha illallah, Astagfirullah*, atau *Subhanallah*. Sedangkan pasien yang beragama Kristen, Katolik, Hindu, dan Budha dapat menggunakan kalimatnya sendiri (Handayani, 2021).

#### c. Manfaat Relaksasi Benson

Teknik Relaksasi benson merupakan gabungan dari teknik relaksasi nafas dalam dengan unsur keyakinan. kelebihan dari relaksasi dalam mengatasi nyeri yaitu lebih mudah dilaksanakan oleh pasien, dapat menekan biaya pengobatan, dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stress (Setiyanto, 2021).

#### d. Prosedur Relaksasi Beson

Berikut langkah-langkah Relaksasi Benson :

- 1) Pasien diatur dalam posisi senyaman mungkin, baik dengan cara duduk atau berbaring agar tidak mengganggu pikiran pasien.
- 2) Kesterilan lingkungan pasien dari rangsangan luar yang dapat mengganggu pikiran pasien.

- 3) Pasien dibimbing agar memejamkan mata dengan rileks dan tidak mengerahkan tenaga yang dapat mengganggu pikiran.
- 4) Pasien dibimbing agar mampu melemaskan otot-otot tubuh sampai keadaannya rileks.
- 5) Pasien dianjurkan untuk melemaskan kepala, leher dan pundaknya.
- 6) Posisi lengan dan tangan pada keadaan rileks dan nyaman mungkin serta pasien dianjurkan untuk tidak memegang lutut, kaki atau mengaitkan kedua tangan dengan erat.
- 7) Pasien ditawarkan untuk memilih kata yang akan diucapkan sesuai dengan keyakinannya.
- 8) Menganjurkan pasien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut, tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga.
- 9) Setelah hitungan ketiga keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil mengucapkan istighfar dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan napas tersebut.
- 10) Menganjurkan pasien untuk mempertahankan sifat pasif. Sifat pasif merupakan aspek penting dalam membangkitkan respon relaksasi, anjurkan pasien untuk tetap berpikir tenang.
- 11) Saat melakukan teknik relaksasi, kerap kali berbagai macam pikiran datang mengganggu konsentrasi pasien. Oleh karena itu anjurkan pasien untuk tidak memperdulikannya dan bersikap pasif.

## 2. Nyeri

### a. Definisi

Definisi nyeri oleh *International Association for Study of Pain* (IASP), nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau ancaman kerusakan jaringan, atau sensasi yang menggambarkan jaringan seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Raja *et al.*, 2020). Nyeri merupakan kondisi yang bersifat subjektif dimana individu merasakan hal yang tidak menyenangkan. Persepsi rasa nyeri setiap individu berbeda dalam hal skala maupun tingkatannya, dan hanya individu inilah yang dapat mendeskripsikan dan mengevaluasi rasa nyeri yang dirasakannya (Sulung and Rani, 2017). Nyeri juga menjadi mekanisme proteksi, defensif, dan penunjang diagnostik. Sebagai mekanisme proteksi, sensibilitas nyeri memungkinkan seseorang bereaksi terhadap trauma atau penyebab nyeri sehingga dapat menghindari terjadinya kerusakan jaringan tubuh. Toleransi nyeri meningkat bersama pengertian; simpatik, persaudaraan, alih perhatian, pendekatan, kepercayaan, budaya, pengetahuan, pemberian analgesi. Sebaliknya toleransi menurun pada keadaan marah, cemas, bosan, lelah, depresi, isolasi mental (Witjalaksono, Villyastuti and Sutyono, 2013).

Nyeri merupakan kondisi medis yang tidak menyenangkan bagi setiap individu, di mana setiap rasa nyeri yang dirasakan seseorang bersifat unik. Ketidaknyamanan nyeri merupakan pembedaan bagi seseorang untuk mendapatkan bantuan dari medis agar memiliki pilihan untuk segera mengalahkan nyeri yang dirasakannya.

#### **b. Klasifikasi Nyeri**

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan berdasarkan (Witjalaksono, Villyastuti and Sutiyono, 2013) :

##### 1) Durasi

###### a) Nyeri Akut

Nyeri yang berlangsung dalam waktu kurang dari 3 bulan, terjadi secara mendadak akibat adanya trauma atau inflamasi, sebagai tanda respon simpatis.

###### b) Nyeri Kronik

Nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan, sifatnya hilang timbul atau bisa juga terus menerus, sebagai tanda respon parasimpatis.

##### 2) Asal Nyeri

###### a) Nyeri Nosiseptif

Rangsang nyeri yang ditimbulkan oleh mediator nyeri, seperti nyeri pasca trauma operasi dan luka bakar.

###### b) Nyeri Neuropatik

Rangsang nyeri timbul oleh karena adanya rusaknya saraf atau disfungsi saraf, seperti diabetes melitus.

### 3) Intensitas Nyeri

- a) Skala VAS (*Visual Analog Score*) : skor 1-10
- b) Skala intensitas nyeri numerik (NRS) : tidak nyeri, nyeri sedang, nyeri hebat
- c) Skala Wong Baker : tanpa nyeri, nyeri ringan, sedang, berat, tak tertahankan

### 4) Lokasi Nyeri

- a) Nyeri superfisial : nyeri pada kulit dan subkutan, bersifat tajam dan teralokasi
- b) Nyeri somatik dalam : nyeri berasal dari otot dan tendo, bersifat tumpul dan kurang teralokasi.

### 5) Nyeri Viseral

Nyeri berasal dari organ internal atau organ pembungkusnya, seperti nyeri kolik ureter dan kolik gastrointestinal.

### 6) Nyeri Alih

Masukan dari organ dalam pada tingkat spinal disalahartikan oleh penderita sebagai masukan dari daerah kulit pada segmen spinal yang sama.

### 7) Nyeri Proyeksi

Misalnya pada herpes zoster, kerusakan menyebabkan nyeri yang dialihkan ke sepanjang tubuh yang diinervasi oleh saraf yang rusak tersebut.

#### 8) Nyeri *Phantom*

Merupakan persepsi nyeri dihubungkan dengan bagian tubuh yang hilang seperti amputasi ekstremitas.

### c. Faktor Predisposisi Nyeri

Nyeri dipengaruhi oleh beberapa factor yang dapat mempengaruhi respon nyeri setiap individu diantaranya (Andarmoyo, 2013) :

#### 1) Usia

Usia menjadi variabel penting yang dapat mempengaruhi respon nyeri, terutama pada anak-anak dan lansia. Hal ini karena adanya perbedaan perkembangan yang dapat mempengaruhi reaksi terhadap nyeri pada kelompok umur anak dan lansia.

#### 2) Jenis kelamin

Umumnya tidak ada perbedaan respon nyeri dari pria dan Wanita. Namun dipengaruhi oleh biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

#### 3) Perhatian

Tingkat perhatian atau focus individu pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyerinya, ini dihubungkan pada tingkat nyeri yang meningkat seiring dengan perhatian yang meningkat.

#### 4) Kebudayaan

Kepercayaan dan nilai-nilai budaya yang mempengaruhi cara individu untuk mengatasi nyeri. Cara respon individu



terhadap nyeri merupakan sifat kebudayaan. Beberapa kebudayaan yang meyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini mempengaruhi pengeluaran fisiologis opiate endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

#### 5) Makna Nyeri

Makna setiap individu terkait dengan nyeri berdampak pada pengalaman nyeri dan cara individu menyesuaikan diri dengan nyeri. Orang akan melihat nyeri dalam berbagai cara, jika nyeri itu menimbulkan kesan bahaya, kehilangan, hukuman dan tantangan. Misalnya, seorang wanita yang sedang dalam proses melahirkan akan melihat nyeri secara unik berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri dari masalah fisik yang disebabkan oleh pukulan. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan individu berhubungan dengan makna nyeri.

#### 6) Ansietas

Ansietas atau kecemasan seringkali dapat meningkatkan persepsi nyeri, namun sebaliknya nyeri juga dapat menimbulkan perasaan cemas. Apabila cemas tidak ditangani dan tidak mendapat perhatian lebih, misalnya pada unit perawatan intensif maka rasa cemas tersebut dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius, nyeri yang tidak kunjung

hilang seringkali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

#### 7) Kelelahan

Kelelahan dapat meningkatkan ketajaman siksaan, kelelahan membuat sensasi nyeri meningkat dan menurunkan kapasitas beradaptasi. Dengan asumsi kelelahan bergabung dengan kesulitan istirahat, pandangan nyeri bisa jauh lebih berat. nyeri lebih berkurang setelah individu mengalami waktu istirahat yang mendalam daripada menjelang akhir hari yang melelahkan.

#### 8) Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu membuat bahwa individu tersebut akan dapat menerima nyeri lebih mudah pada masa yang akan datang.

### **d. Pengkajian Nyeri**

Pengkajian nyeri yang faktual (terkini), lengkap dan akurat akan mempermudah di dalam menetapkan data dasar, dalam menegakkan diagnose keperawatan yang tepat, merencanakan terapi pengobatan yang cocok, dan memudahkan dalam mengevaluasi respon klien terhadap terapi yang diberikan (Prasetyo, 2010). Pengkajian selama episode nyeri akut sebaiknya tidak dilakukan saat klien dalam keadaan waspada (perhatian penuh pada nyeri), sebaiknya mengurangi kecemasan klien terlebih dahulu sebelum mencoba mengkaji kuantitas persepsi klien terhadap nyeri (Renaldi, Maryana and Donsu, 2020).

Melakukan pengkajian untuk menggambarkan nyeri pada individu dapat dilakukan dengan memperhatikan beberapa hal dalam metode P, Q, S, T :

1) P (*Provocate*)

Provokasi atau hal yang menyebabkan nyeri. Melakukan pengkajian terhadap faktor penyebab nyeri pada individu tersebut, bagian tubuh mana yang merasakan nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis, karena nyeri dapat muncul tanpa luka tetapi karena faktor psikologisnya.

2) Q (*Quality*)

Kualitas nyeri pada individu yang bersifat subjektif dan individu mampu mendeskripsikan nyeri dengan kata seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial.

3) R (*Region*)

Melakukan pengkajian pada individu tersebut dimana lokasi nyerinya, untuk lebih spesifik individu diminta untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.

4) S (*Severe*)

Melakukan pengkajian untuk mengetahui tingkat keparahan nyeri. Hal ini juga bersifat subjektif yang dirasakan oleh individu karena diminta untuk menjelaskan bagaimana kualitas nyeri yang dapat digambarkan dengan skala nyeri.

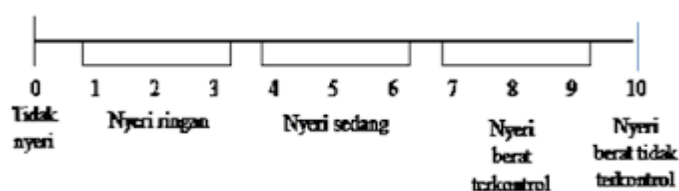
### 5) T (*Time*)

Melakukan pengkajian waktu yaitu awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami apakah terus menerus atau hilang timbul. Menanyakan pada individu kapan mulai muncul nyeri, berapa lama nyeri muncul, dan seberapa sering nyeri kambuh.

### e. Pengukuran Intensitas Nyeri

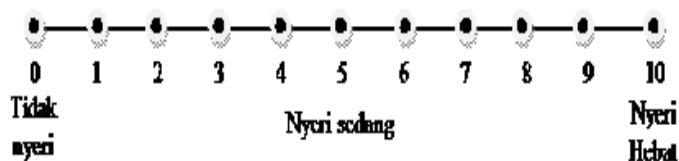
Pengukuran intensitas nyeri menggunakan skala atau instrument pengukuran yang dapat digunakan antara lain (Andarmoyo, 2013):

#### 1) Skala deskripsi intensitas nyeri sederhana



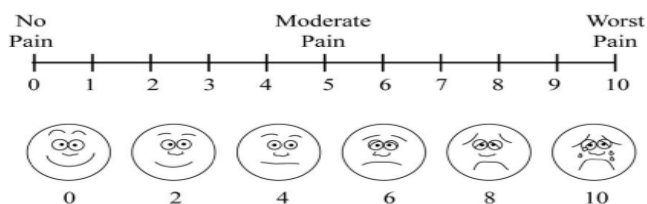
Gambar 1. Skala deskripsi intensitas nyeri sederhana  
(Sumber : Andarmoyo, 2013)

#### 2) Skala intensitas nyeri numerik (NRS)



Gambar 2. Numeric Rating Scale (NRS)  
(Sumber : Andarmoyo, 2013)

### 3) Skala *Visual Analog Scale*



Gambar 3. Visual Analog Scale (VAS)  
(Sumber : Andarmoyo, 2013)

### 4) Skala Wong-Baker Faces



Gambar 4. Skala Wajah untuk nyeri menurut Wong-Baker  
(Sumber : Andarmoyo, 2013)

## f. Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri ini yang tujuan utamanya untuk mengurangi tingkat nyeri semaksimal mungkin dengan kemungkinan efek samping seminimal mungkin terjadi. Untuk mencapai tujuan mengurangi nyeri pada pasien, maka dokter dan tenaga medis perlu menggunakan pengetahuan mengenai aspek – aspek neuropatologi nyeri sebagai dasar untuk melakukan berbagai intervensi, penilaian nyeri secara rutin dengan instrument yang tepat, menggunakan metode yang tepat baik secara farmakologi dan non-farmakologi, serta mencatat efektifitas berbagai intervensi untuk meredakan nyeri(Maharani, 2020).

### 1) Manajemen Farmakologi

Pemberian terapi menggunakan obat-obat menjadi pilihan utama untuk menurunkan nyeri dengan berbagai cara. Tingkat nyeri dapat menurun dengan pemberian obat karena obat akan memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dan mengurangi respon kortikal. Obat-obatan untuk menurunkan nyeri atau anti nyeri terbagi menjadi 3 kelompok, yaitu analgesic, NSAID, obat anestesi dan golongan opooid.

### 2) Manajemen Non-farmakologi

Meskipun obat-obatan menjadi pilihan pertama untuk manajemen nyeri, namun obat-obatan memiliki efek samping bagi pasien jika diberikan dalam jangka panjang atau dengan dosis yang besar. Maka dengan ini dikembangkannya manajemen non-farmakologi untuk mengatasi nyeri pasien. Beberapa terapi dan teknik medis menjadi alternatif serta komplementer bersifat umum menggunakan proses alami (pernafasan, pikiran dan konsentrasi, sentuhan ringan, pergerakan, dsb). Dalam mengatasi nyeri dapat diberikan terapi non-farmakologi yaitu distraksi, terapi spiritual dan relaksasi (Potter. and Perry., 2017).

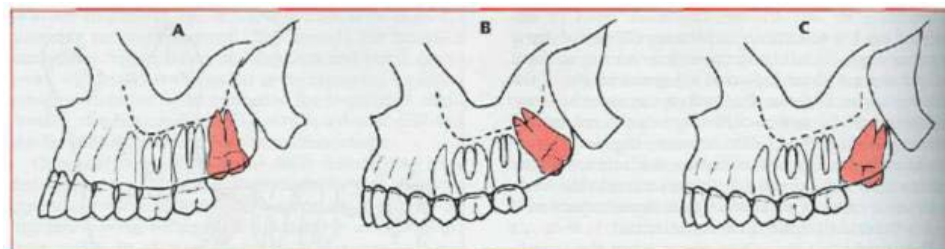
Teknik relaksasi juga menjadi salah satu pilihan untuk manajemen nyeri non-farmakologi. Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi

terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013). Teknik relaksasi berguna dalam berbagai situasi, misalnya nyeri, cemas, kurangnya kebutuhan tidur dan stress serta emosi yang ditunjukkan. Dengan relaksasi memelihara reaksi tubuh terhadap respon *flight or flight*, penurunan respirasi, nadi, dan jumlah metabolik, tekanan darah dan energi yang digunakan (Potter. and Perry., 2017). Macam-macam Teknik relaksasi yaitu Teknik relaksasi nafas dalam, relaksasi otot progresif, Teknik relaksasi benson dan sebagainya.

### 3. Multiple Impaksi

#### a. Definisi

Impaksi mengacu pada kegagalan gigi untuk muncul ke dalam lengkung gigi, biasanya karena kekurangan ruang atau adanya entitas yang menghalangi jalan erupsinya (Bansal *et al.*, 2012). Gigi impaksi merupakan suatu kondisi gigi yang mengalami kesulitan atau kegagalan dalam erupsi paada lengkung rahang yang disebabkan oleh adanya kesalahan posisi, kekurangan tempat atau terhalang oleh gigi lain, tertutup oleh tulang tebal dan atau jaringan lunak yang berada disekitarnya.



Gambar 5. Gambaran gigi yang mengalami impaksi

## **b. Etiologi**

*Multiple impaction* pada gigi permanen ini salah satunya disebabkan oleh *premature loss*. *Premature loss* mengakibatkan kekurangan ruang sehingga gigi permanen terhalang untuk erupsi (Dini and Sasmita, 2018). Menurut Zaizafun (2020) dalam penelitiannya yang mengungkapkan bahwa terdapat dua teori utama sebagai penjelasan untuk gigi impaksi. Teori pertama dikenal sebagai Teori Pedoman (*Guidance*), teori ini mengidentifikasikan faktor dan kondisi lokal sebagai sesuatu yang berkontribusi terhadap kejadian gigi impaksi. Kondisi terkait contohnya perpindahan embriologis dari benih gigi, transposisi gigi, dan keberadaan gigi supernumerary atau odontoma. Faktor lainnya yang dapat mempengaruhi jalur erupsi normal gigi yaitu gigi yang hilang secara bawaan, seperti gigi insisivus lateral dimana hal ini diyakini mengganggu pedoman alami yang diperlukan untuk menentukan posisi gigi di lengkung gigi.

Teori yang kedua dikenal dengan Teori Genetika, teori ini menghubungkan gigi impaksi dengan kelainan gigi terkait genetik lainnya seperti ukuran, bentuk, jumlah, dan struktur gigi. Penyebab dari gigi impaksi juga dapat dikaitkan dengan kondisi sistemik seperti gangguan endokrin atau penyakit demam, adanya sindrom, seperti *dysplasia cleidocranial*, dan proses penyakit lokal seperti tumor atau bibir dan palatum sumbing.



Menurut Berger dalam *Indonesian Journal of Oral and Maxillofacial Surgeon* (2004) terdapat beberapa etiologi dari gigi impaksi, diantaranya :

1) Faktor lokal

- a) Kurangnya ruang disekitar gigi untuk erupsi normal
- b) Trauma benih gigi sehingga benih gigi dapat terdorong lebih dalam lagi
- c) Posisi ektopik dari gigi
- d) Jarak benih gigi ke permukaan erupsi yang jauh
- e) Infeksi pada benih gigi
- f) Adanya gigi berlebih yang erupsi lebih dulu
- g) Ankylosis gigi pada tulang rahang
- h) Persistensi gigi sulung yang menyebabkan impaksi gigi tetap di bawahnya
- i) Mukosa gingiva yang tebal sehingga sulit ditembus oleh gigi
- j) Pergerakan erupsi tertahan karena posisi yang salah dan tekanan dari gigi samping
- k) Neoplasma atau tumor yang menggeser kedudukan benih gigi
- l) Kista gingivogerminal yang berkembang pada benih gigi yang masih dalam tahap pembentukan seringkali mencegah gigi untuk erupsi

## 2) Faktor sistemik

Menurut bergee, faktor sistemik yang menyebabkan gigi impaksi dapat terbagi dalam 2 sebab:

### a) Sebab prenatal (herediter)

Faktor keturunan memegang peranan penting. Faktor keturunan ini tidak dapat diketahui dengan pasti apakah tulang rahang terlalu kecil, gigi terlalu besar atau benih gigi-gigi yang letaknya abnormal. Dan keadaan *miscegenation*.

### b) Sebab postnatal

Merupakan semua keadaan atau kondisi yang dapat mengganggu pertumbuhan pada anak-anak seperti : *ricketisia*, *anemia*, *syphilis congenital*, *tbc*, gangguan kelenjar endokrin dan malnutrisi.

### c) Kelainan pertumbuhan

(1) *Cleido Cranial Dysostosis* : terjadi pada masa kongenital dimana terjadi kerusakan atau abnormalitas dari tulang cranial

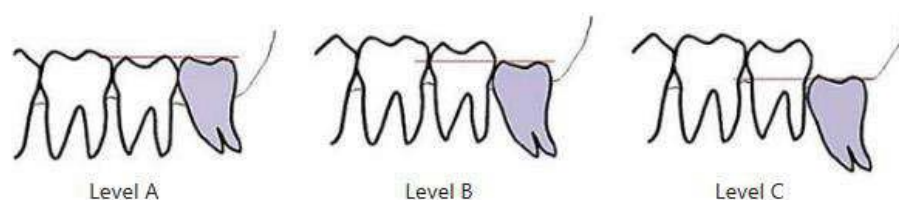
(2) *Oxycephali* : stimulasi otot-otot pengunyahan yang kurang juga dapat menyebabkan gigi impaksi. Erupsi yang normal harus disertai dengan pertumbuhan rahang yang normal sehingga perlu adanya stimulasi otot-otot pengunyahan.

### c. Klasifikasi

#### 1) Menurut Pell & Gregory

Menurut sistem klasifikasi Pell & Gregory, gigi yang mengalami impaksi dinilai berdasarkan hubungannya dengan permukaan oklusal molar kedua yang berdekatan. Klasifikasi Pell & Gregory adalah sebagai berikut (Yilmaz *et al.*, 2016):

- a) Kelas I: bidang oklusal gigi impaksi berada pada ketinggian yang sama dengan bidang oklusal molar kedua (bagian tertinggi dari molar ketiga yang impaksi berada pada ketinggian yang sama atau di atas bidang oklusal).
- b) Kelas II: bidang oklusal gigi impaksi berada di antara bidang oklusal dan garis servikal molar kedua (bagian tertinggi dari molar ketiga yang impaksi berada di bawah bidang oklusal tetapi di atas garis servikal molar kedua).
- c) Kelas III: bidang oklusal gigi impaksi di bawah garis servikal molar kedua (bagian tertinggi dari molar ketiga impaksi berada di bawah garis servikal molar kedua).



Gambar 6 Klasifikasi impaksi gigi menurut Pell & Gregory  
(Sumber : Yilmaz *et al.*, 2016)

## 2) Menurut Winter

Klasifikasi gigi impaksi menurut sistem klasifikasi Winter, gigi yang impaksi dinilai berdasarkan sudut yang terbentuk antara sumbu panjang gigi molar tiga dan dua mandibula. Klasifikasi Winter sebagai berikut (Yilmaz *et al.*, 2016):

- a) Vertikal: sumbu panjang molar ketiga sejajar dengan sumbu panjang molar kedua (dari 0 sampai 10°).
- b) Mesioangular: sumbu panjang molar ketiga miring ke arah molar kedua dalam arah mesial (dari 11 sampai 79 °).
- c) Horizontal: sumbu panjang molar ketiga adalah horizontal (dari 80 sampai 100°).
- d) Distoangular: sumbu panjang molar ketiga miring ke arah belakang/posterior dari molar kedua (dari -11 sampai -79°).
- e) Buccolingual: sumbu panjang molar ketiga berorientasi pada arah buccolingual dengan mahkota yang tumpang tindih dengan akar.
- f) Lainnya (dari 101 sampai 180°), meliputi *mesio invert*, *disto invert* dan *disto horizontal*.

## 4. Operasi Odontektomi

*Odontectomy* adalah tindakan yang dilakukan oleh Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut. *Odontectomy* merupakan suatu prosedur pencabutan atau ekstraksi gigi dengan pembedahan. *Odontectomy* dengan anestesi lokal dapat dilakukan pada pasien yang kooperatif dan cukup di

rawat jalan. *Odontectomy* lebih mudah dilakukan dilakukan pada pasien usia muda saat mahkota gigi baru saja terbentuk, jaringan tulang sekitar juga masih cukup lunak sehingga trauma pembedahan minimal. *Odontectomy* pada pasien yang berusia diatas 40 tahun, tulangnya sudah sangat kompak dan kurang elastik, juga sudah terjadi ankilosis gigi pada soketnya, menyebabkan trauma pembedahan yang lebih besar, dan proses penyembuhan lebih lambat (Saraswati, 2021).

*Odontectomy* adalah suatu cara yang digunakan untuk mengambil gigi yang tidak erupsi dan gigi yang erupsi sebagian atau sisa akar yang tidak dapat diekstraksi dengan teknik biasa maka dari itu harus dilakukan pembedahan, sebelum melakukan pembedahan sangat diperlukan analisa yang cermat dengan memperkirakan tingkat kesulitan pembedahan berdasarkan posisi gigi. Selain itu juga harus diikuti dengan penatalaksanaan selama operasi berlangsung dan setelah operasi selesai dengan pengobatan yang tepat (Saleh, 2015).

## **5. Anestesi Umum**

### **a. Definisi**

Anestesi umum sering disebut juga *narkose* atau bius. Anestesi umum bertujuan untuk menghilangkan nyeri, membuat tidak sadar, amnesia anterograd. Amnesia bersifat *reversible* dan anterograd yaitu hilangnya ingatan saat dilakukan pembiusan dan pembedahan, sehingga setelah pasien sadar tidak akan mengingat peristiwa pembedahan. Anestesi umum bersifat reversibel sehingga

memungkinkan pasien dapat bangun kembali tanpa efek samping, dan juga dapat diperkirakan durasinya dengan penyesuaian dosis pemakaian obat (Pramono, 2015).

Anestesi adalah hilangnya seluruh modalitas dari sensasi yang meliputi rasa nyeri atau sakit, rabaan, suhu, posisi atau proprioseptif, sedangkan analgesia hanya hilangnya sensasi nyeri namun modalitas lainnya masih ada (Pramono, 2015). *General Anesthesia* atau anaestesi umum merupakan suatu tindakan pemberian obat anestesia untuk menghilangkan nyeri dan disertai dengan hilangnya kesadaran yang bersifat *reversible* atau dapat pulih kembali. Obat anestesi umum masuk ke jaringan otak dengan tekanan setempat yang tinggi dan kemudian akan menyebabkan mati rasa (Mangku and Senapathi, 2010).

#### **b. Status ASA Pasien**

Setiap pasien yang akan operasi harus dilakukan pengkajian preanestesi terlebih dahulu. Dalam pengkajian preanestesi salah satunya menilai status fisik yang menunjukkan kondisi tubuh normal atau pasien membutuhkan perhatian dan perlakuan anestesi secara khusus. *American Society of Anesthesiologist (ASA)* menyatakan status fisik pasien dalam beberapa tingkatan yaitu (Pramono, 2015):

##### 1) ASA I

Pasien normal (sehat), tidak ada gangguan organik, fisiologis, atau kejiwaan; tidak termasuk sangat muda dan sangat tua; sehat dengan toleransi latihan yang baik.

## 2) ASA II

Pasien memiliki kelainan sistemik ringan (hipertensi, riwayat asma, DM tidak terkontrol). Tidak ada keterbatasan fungsional; memiliki penyakit yang terkontrol dengan baik dari satu sistem tubuh; hipertensi terkontrol, atau diabetes tanpa efek sistemik; merokok tanpa penyakit paru obstruktif kronik (PPOK); obesitas ringan; kehamilan.

## 3) ASA III

Pasien dengan kelainan sistemik berat. Terdapat beberapa keterbatasan fungsional; memiliki penyakit lebih dari satu sistem tubuh atau sistem utama yang terkontrol; tidak ada bahaya kematian; gagal jantung obstruktif terkontrol, angina stabil, serangan jantung tua, hipertensi tidak terkontrol, obesitas morbid, gagal ginjal kronis; penyakit bronkospastik dengan gejala intermiten.

## 4) ASA IV

Pasien dengan kelainan sistemik berat dan *incapacitance* (misalnya pasien dengan gagal jantung derajat 3 dan hanya bisa berbaring di tempat tidur saja). Pasien dengan setidaknya satu penyakit berat yang tidak terkontrol atau pada tahap akhir; kemungkinan resiko kematian; *unstable angina*, PPOK bergejala, gejala CHF, kegagalan hepatorenal.

## 5) ASA V

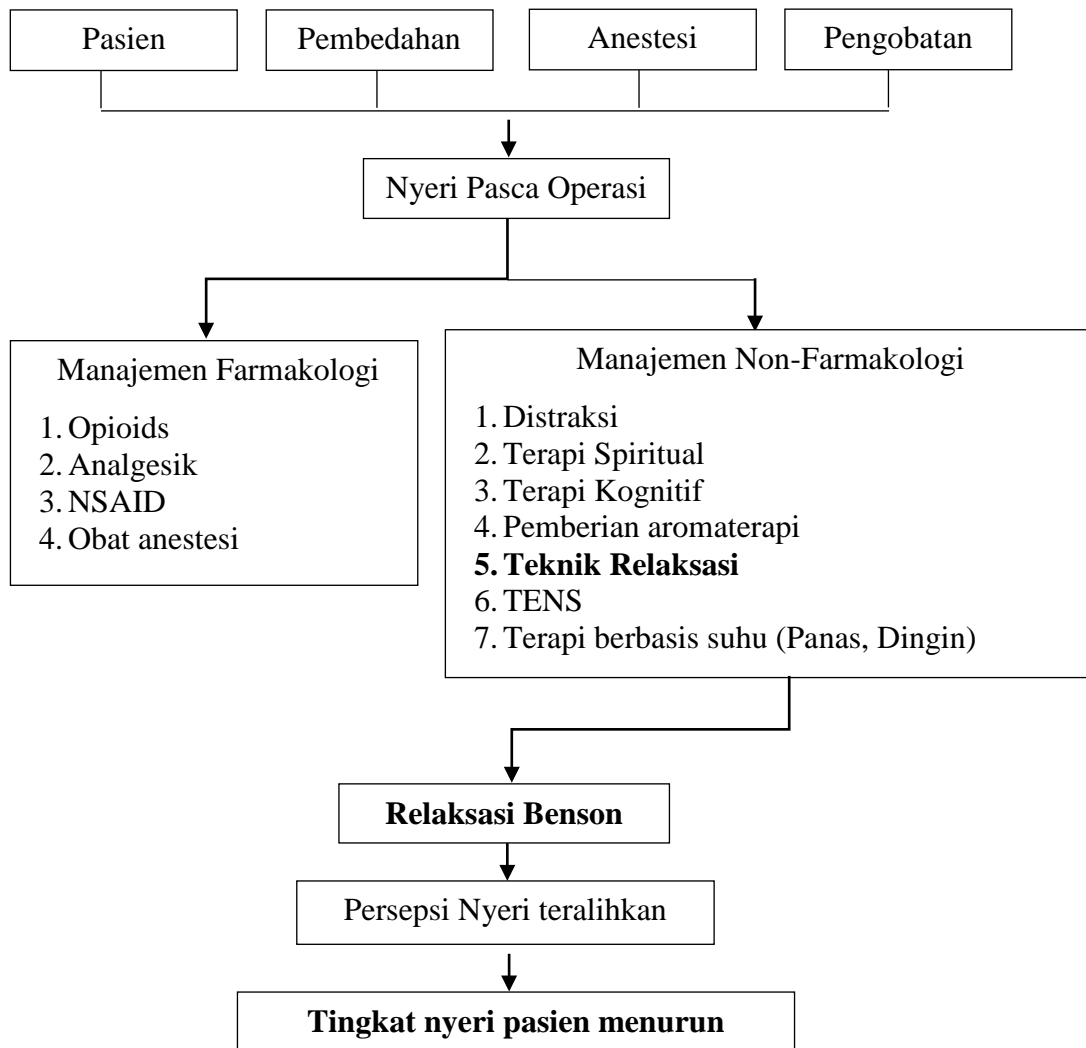
Pasien yang dengan atau tanpa operasi diperkirakan meninggal dalam 24 jam atau tidak diharapkan hidup untuk lebih dari 24 jam tanpa operasi; risiko besar akan kematian; kegagalan multiorgan, sindrom sepsis dengan ketidakstabilan hemodinamik, hipotermia, dan koagulopati tidak terkontrol.

## 6) ASA VI

Pasien mati batang otak untuk donor organ. Apabila tindakan pembedahannya dilakukan secara darurat, dicantumkan tanda E (*emergency*) di belakang angka, misalnya ASA I E (Pramono, 2015).

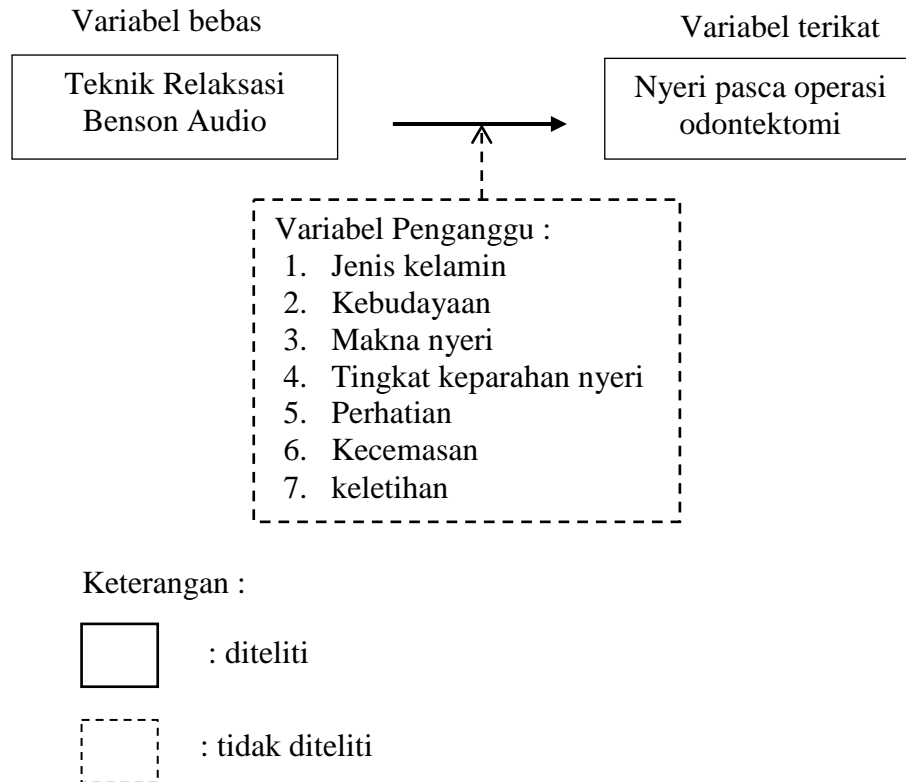


## B. Kerangka Teori



Gambar 7. Kerangka Teori  
 (Sumber : (Prasetyo, 2010; Andarmoyo, 2013; Potter. and Perry., 2017;  
 Renaldi, 2020; Witjalaksono, Villyastuti and Sutiyono, 2013)

### C. Kerangka Konsep



Gambar 8. Kerangka Konsep

### D. Pertanyaan dan Hipotesis Penelitian

#### 1. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana Pengaruh teknik relaksasi Benson *audio* terhadap tingkat nyeri pada pasien pasca operasi *odontectomy* dengan *general anestesi* di RSUD Kabupaten Temanggung?

#### 2. Hipotesis Penelitian

Ha : Ada Pengaruh teknik relaksasi Benson *audio* terhadap tingkat nyeri pada pasien pasca operasi *odontectomy* dengan *general anestesi* di RSUD Kabupaten Temanggung

Ho : Tidak ada Pengaruh teknik relaksasi Benson *audio* terhadap tingkat nyeri pada pasien pasca operasi *odontectomy* dengan *general anastesi* di RSUD Kabupaten Temanggung